

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962

THÈSE

N°
130

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

ROUQUETTE René

Né le 14 Octobre 1930, à Decazeville (Aveyron)

Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

**LE RETABLISSEMENT IMMEDIAT OU SECONDAIRE
DE LA CONTINUITE APRES COLECTOMIE TOTALE OU SUBTOTALE
POUR COLITE ULCEREUSE
OU RECTO-COLITE ULCERO-HEMORRAGIQUE**

Président : Mr. Jean GOSSET, Professeur.

Ets. GERMAIN
9, Rue Dupuytren
PARIS-VI^e
1962

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

ROUQUETTE René

Né le 14 Octobre 1930, à Decazeville (Aveyron)

Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

**LE RETABLISSEMENT IMMEDIAT OU SECONDAIRE
DE LA CONTINUITE APRES COLECTOMIE TOTALE OU SUBTOTALE
POUR COLITE ULCEREUSE
OU RECTO-COLITE ULCERO-HEMORRAGIQUE**

Président : Mr. Jean GOSSET, Professeur.

Ets. GERMAIN

9, Rue Dupuytren

PARIS-VI^e

1962

THÈSE

PAR

DOCTEUR EN MEDICINE

LOUIS DE LAUNAY

PARIS

ADJUTANT

CHIEF DE CLINIQUE

CHIEF DE CLINIQUE

CHIEF DE CLINIQUE



LE RETABLISSEMENT DU SECONDAIRE
DE LA CONTINUITÉ APRES L'ABORTION TOTALE OU PARTIELLE
POUR COUTE VISCERALE
OU RECTO-COUTE VISCERALE HÉMOGÉNÉ

Présentée et soutenue publiquement le

LE 12 JUILLET 1962

Devant la Faculté de Médecine de Paris

Par M. LOUIS DE LAUNAY

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. AUBIN (A.), BENARD (H.), BULLIARD (H.),
 CADENAT (F.), CHABROL (E.), CHAMPY (C.), DEBRE (R.),
 GASTINEL (P.), GUILLAIN (G.), HALPHEN (E.), HAZARD
 (R.), HEUYER (G.), LANTUEJOUL (P.), LAROCHE (G.),
 LEVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), LOEPER (M.), MARION (G.),
 MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.), MONDOR (H.), MONOD (R.),
 MOREAU (R.), OLIVIER (E.), PASTEUR VALLERY-RADOT,
 PETIT-DUTAILLIS, RICHT (C.), STROHL (A.), TANON (L.)

DOYEN : Léon BINET,
 Membre de l'Institut.

ASSESEUR : Jean VERNE.

I.- PROFESSEURS

MM.

Anatomie.....	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique.....	DELARUE (J.)
Anesthésiologie.....	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale.....	JAYLE (M.F.)
" " (Prof ^r à titre	
personnel).....	ETTORI (J.)
" " (Prof ^r à titre	
personnel).....	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education	
physique et aux Sports.....	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale.....	FAUVERT (R.)
" " (Prof ^r à titre	
personnel).....	BOURLIERE (F.)
Cancérologie médicale et sociale.....	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale	
(Necker).....	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais).....	MOUQUIN (M.)

	mm.
	(Beaujon..... SICARD (A.)
	(Cochin..... N.
Cliniques chirurgicales	(Hôtel-Dieu..... PATEL (J.)
	(Pitié..... CORDIER (G.)
	(Saint-Antoine..... GOSSET (J.)
	(Salpêtrière..... MOULONGUET (P.)
	(Tenon..... LORTAT-JACOB (J.-L.)
Clinique de chirurgie infantile et	
orthopédique (Enfants-Malades).....	FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique	
et réparatrice (Cochin).....	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardio-	
vasculaire (Broussais).....	GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-	
pulmonaire (Laënnec).....	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié).....	DECOURT (J.)
Clinique de génétique médicale	
(Enfants-Malades).....	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca).....	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et	
syphilitiques (Saint-Louis).....	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants	
(Enfants-Malades).....	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses	
(Claude-Bernard).....	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de	
l'encéphale (Sainte-Anne).....	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques	
(Necker).....	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang	
(Broussais).....	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système	
nerveux (Salpêtrière).....	N.
	(Baucicaut..... LENE GRE (J.)
	(Broussais..... SOULIE (P.)
	(Cochin..... JUSTIN-BESANCON (L.)
Cliniques médicales	(Cochin..... BROUET (G.)
	(Hôtel-Dieu..... BARIETY (M.)
	(Pitié..... DREYFUS (G.)
	(Saint-Antoine..... KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie théra-	
peutique et climatologie (Bichat).....	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique	
(Broussais).....	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète	

mm.

sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales (Baudelocque)	LACOMME (M.)
(Foch (Suresnes))	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	N.
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	N.
Embryologie	GIROUD (A.)
" (Prof. à titre personnel)	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	SEZE (S. de)
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
" " "	DEPARIS (M.)
(Prof. à titre personnel)	
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et Virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
" (Prof. à titre personnel)	BRUMPT (L.C.)

MM.

Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
" " (Prof. ^r à titre personnel)	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (F.)
Pathologie et thérapeutique génér.	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
" (Prof. ^r à titre pers.)	LEVY (Melle J.)
Physiologie	BINET (L.)
" (Prof. ^r à titre pers.)	BARGETON (D.)
" " " ")	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
" " (Prof. ^r à titre personnel)	DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	LEGER (L.)
Thérapeutique	CONTE (M.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

MM.

Anatomie	(CABROL (C.) COUINAUD (C.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	(GAUTIER-VILLARS (Mlle P.) Pr. s. ch. BUSSE (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie	(BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	(DESGREZ (P.), Pr. s. ch. POLONOVSKI (J.), M. conf.
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	PLAS (F.)

Carcinologie	mm. (DENOIX (P.) (MATHE (G.)
Dermato-syphiligraphie	DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDoux-LEBARD (G.)
Hématologie	(BILSKI-PASQUIER (G.) (DAUSSET (J.)
Histologie	(COUJARD (R.), Pr. s.ch. (MAROIS (M.) (RACADOT (J.)
Hydrologie	CORNET (A.)
Hygiène	(BOYER (J.), Pr. s. ch. (CORRE-HURST (Mme L.)
Maladies infectieuses	(BASTIN (R.) (DUPONT (V.)
Médecine légale	(DERObERT (L.), Pr.s.ch. (HADENGUE (A.) (FOURNIER (E.) (GUENIOT (M.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Obstétrique	(GRANJON (A.) (HERVET (E.) (LE LORIER (G.) (MORIN (P.) (MUSSET (R.) (ROBey (M.) (THOYER-ROZAT (J.)
Ophthalmologie	(BREGEAT (P.) (SARAUX (H.)
Orthopédie	(JUDET (R.) (RAMADIER (J.)
Oto-rhino-laryngologie	DEBAIN (J.)
Parasitologie	CHABAUD (A.)
Pathologie chirurgicale	(BARCAT (J.) (BINET (J.-P.) (CAUCHOIX (J.) (CHATELIN (C.-L.) (DUBOST (Ch.) (DUBOST (Cl.) (FAUREL (J.) (FLABEAU (F.) (GERMAIN (A.) (LOYGUE (J.) (MERCADIER

MM.

Pathologie chirurgicale	(PERROTIN (J.) (ROBERT (H.) (THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	(CROSNIER (J.) (HARTMANN (L.) (LOEPER (J.) (MAURICE (J.) (RICHT (G.)
Pathologie médicale	(AUSSANNAIRE (M.) (BOUR (H.) (BOUVIER (J.) (BOUVRAIN (Y.) (BRICAIRE (H.) (BRISSAUD (H.) (BROCARD (H.) (BUGE (A.) (CASTAIGNE (P.), (M. conf. (CATINAT (J.) (CONTAMIN (F.) (CORY (C.) (FREZAL (J.) (HOUSSET (E.) (LAROCHE (Cl.) (LESOBRE (R.) (MACREZ (C.) (NICK (J.) (PEQUIGNOT (H.), (Pr. s. ch. (ROYER (P.) (WOLFROMM (R.)
Pédiatrie-Puériculture	(JOSEPH (R.) (MANDE (R.) (MOZZICONACCI (P.) (POLONOVSKI (C.) (ROSSIER (A.)
Pharmacologie	(BOISSIER (J.) (LECHAT (P.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
Physique médicale	(GOUGEROT (L.) (M.conf.,Pr.s.ch. (KELLERSHOHN
Pneumo-phtisiologie	KREIS (B.)

	MM.
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DUCHE (D.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	(CERNEA (P.)
	(CHAPUT (Mme A.)
	(M.conf. agr.
	(GRELLET (M.)
Thérapeutique	(CHASSAGNE (P.)
	(LAMOTTE (M.)
Urologie	QUENU (L.)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE
Clinique chirurgicale	(ABOLKER (P.)
	(AMELINE (A.),
	(Pr. s. ch.
	(HUGUIER (J.)
	(OLIVIER (C.)
	(PADOVANI (P.)
	(POILLEUX (M.)
	(ROUX (M.)
	(VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	(DOMART (A.)
	(PERRAULT (M.)
	(RAMBERT (P.)
	(THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	(GRASSET (J.)
	(MAYER (M.)
	(RAVINA (J.)
Clinique ophtalmologique	(DESVIGNES (P.)
	(OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puéri- culture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)
Médecine légale	GAULTIER

IV.- PROFESSEURS DETACHES
DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie.....^{mm.} HAUDUROY (P.),
Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale RUDLER (J.),
Pr. s. ch.

V.- CHARGES DE COURS D'HYGIENE
SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté..... M. LENA (J.)

Secrétaires..... Mme BEURLAND (H.)
Mlle CHAINTREUIL (G.)
Mme ROCHE (L.)

Conservateur en Chef..... M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateur..... Mlle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires..... (Mmes CONTET (J.), FORGET (F.),
(Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.),
(QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 Décembre 1798,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les
dissertations qui lui seront présentées, doivent
être considérées comme propres à leurs auteurs et
qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni
improbation.

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A MA GRAND'MÈRE

A MES PARENTS ET BEAUX-PARENTS

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

En témoignage de mon affection.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GOSSET

Qui nous a fait l'honneur
d'accepter la présidence de
notre thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MIALARET

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

Qui nous a aidé de ses
conseils,

Qu'il trouve ici nos
remerciements et notre
gratitude.

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Externat

Monsieur le Docteur LONGUET
Monsieur le Professeur LAPLANE
Monsieur le Docteur VIALATTE
Monsieur le Docteur MICHON
Monsieur le Professeur DUPERRAT
Monsieur le Docteur BOUSSER,
Monsieur le Professeur SOULIE

Internat

Monsieur le Docteur TALHEIMER
Monsieur le Docteur LANCE,
Monsieur le Professeur QUÉNU
Monsieur le Professeur Agrégé THOMERET
Monsieur le Professeur Agrégé PERROTIN
Monsieur le Professeur Agrégé DUBOST
Monsieur le Docteur DUFOUR

Directeur Scientifique
de l'Amphithéâtre d'Anatomie
des Hôpitaux.

Monsieur le Docteur MIALARET
Monsieur le Professeur Agrégé EDELMANN
Monsieur le Docteur CHAMPEAU

I n t r o d u c t i o n

La conservation du rectum et le rétablissement de la continuité, après colectomie pour rectocolite ulcéro-hémorragique, ne sont pas une intervention d'apparition récente, puisque déjà utilisée par LILIENTHAL en 1901.

Mais cette orientation thérapeutique était exceptionnelle et continue de l'être pour de nombreux auteurs, notamment anglo-saxons, dont il faut souligner l'expérience étant donné la fréquence de l'affection chez eux.

Il semble, si l'on en juge d'après les publications, que, pour nombre d'entre eux, grâce aux progrès techniques permettant des exérèses larges, la seule issue chirurgicale en matière de recto-colite est devenue la colo-proctectomie en un ou deux temps avec iléostomie définitive.

Il est certain que nombre d'opérés se sont parfaitement adaptés à leur condition et mènent une vie familiale et professionnelle apparemment normale. Il n'en reste pas moins que l'iléostomie définitive demeure une grave infirmité, bien pire qu'une colostomie définitive, et cela en dépit d'un appareillage qui n'est jamais parfait, même adapté par chacun à son cas personnel pour améliorer son propre sort et son confort. C'est une intervention que le médecin répugne à entreprendre, le malade à subir, jusqu'à ce que la gravité de l'évolution de sa maladie lui fasse préférer cette infirmité à un risque vital.

L'iléostomie enfin, si elle n'amène qu'un confort

tout relatif, n'assure pas une sécurité définitive : sa réalisation technique est difficile et ses complications sont fréquentes :

- Sténose, difficile à éviter même chez des malades correctement surveillés ;
- Prolapsus, qui gênent l'appareillage ;
- Ulcérations et fistule de l'intestin extériorisé ;
- Occlusions, surtout ;

complications qui peuvent entraîner des sacrifices étendus du grêle, compromettant l'avenir d'un malade qui n'a plus que lui pour assurer sa nutrition.

C'est pourquoi vouloir conserver le rectum et l'anastomoser à l'iléon est une attitude défendable, dans la mesure où cette conservation repose sur des bases solides - ce que s'est efforcé de démontrer AYLETT -, et dans la mesure où, en cas d'échec, la reconversion en iléostomie, cette fois définitive après proctectomie, reste possible.

Notre propos n'est pas ici de discuter les indications de la colectomie totale ou subtotale, mais simplement d'étudier le devenir des malades qui l'ont subie. Faut-il associer une proctectomie et faire de ces malades des infirmes à vie, condamnés sans aucun recours à l'iléostomie, ou faut-il leur laisser une chance de récupérer un transit normal ?

C'est cette proposition qui sera envisagée, après avoir étudié les publications les plus importantes parues à ce sujet. Enfin, après avoir précisé les modalités techniques, seront discutées les douze observations personnelles de rétablissement de la continuité, sur lesquelles repose ce travail.

Le rétablissement de la continuité, après colectomie totale ou subtotale pour recto-colite ulcéro-hémorragique, évitant l'iléostomie définitive, pourrait apparaître comme une solution satisfaisante, dans la mesure où le rectum est resté sain ou peu touché. Néanmoins, même dans cette éventualité, nombre d'auteurs anglo-saxons et américains, et non des moindres, l'ont formellement condamnée au profit de la colo-proctectomie avec iléostomie définitive.

Cette condamnation s'appuie sur plusieurs arguments :

- Avant tout, celui du risque majeur de récurrence du processus pathologique au niveau du rectum laissé en place, avec apparition d'accidents graves : hémorragies, perforations, obligeant donc à une proctectomie avec iléostomie définitive dans un deuxième temps.

- Le risque d'extension du processus ulcératif, d'étiologie inconnue, à l'iléon sain.

- Le moignon rectal restant peut devenir le siège d'une dégénérescence maligne particulièrement grave : ses symptômes peuvent être pris, au début, pour une simple rechute de la maladie ; l'évolution en est rapide, les métastases précoces. Ce risque est, certes, peu important, et DAWSON et PRYSE DAVIES l'évaluent à 2,9 % sur 663 cas ; mais ils considèrent que le risque augmente proportionnellement à la durée d'évolution de l'affection.

- L'anastomose iléo-rectale ou iléo-sigmoïdienne fait, d'autre part, courir un risque non négligeable de désunion de la suture.

A l'appui de cette opinion, il convient de citer:

- Les conclusions du Congrès International de Gastro-Entérologie de Londres, en Juillet 1956.

- BROOKE, en 1956, rapporte 126 cas de recto-colite opérés, dont 117 traités par colo-proctectomie avec iléostomie définitive.

9 fois seulement, donc dans 5 % des cas chirurgicaux, fut réalisée une anastomose, avec :

- 1 décès,
- 3 reconversions en iléostomie.

2 % seulement ont donc bénéficié d'une anastomose.

- CARLOCK et LYONS, en 1954, ont publié une série de 145 sujets dont l'affection s'étendait à tout le colon. On trouve 7 anastomoses avec :

- 4 résultats favorables,
- 1 reconversion en iléostomie,
- 2 décès.

Bénéfice également pour 2 % des opérés.

- BACON et TRIMPI, sur 87 malades traités chirurgicalement, ont réalisé 3 anastomoses iléo-sigmoïdiennes, soit 3 % des malades traités.

- CATTELL a suivi, durant 25 ans, 871 malades et a dû en opérer 413. Il considère l'anastomose iléo-sigmoïdienne comme une intervention d'exception, puisqu'elle fut employée 5 fois seulement dans cette série; encore s'agissait-il de formes segmentaires localisées au colon droit.

Ici, le chiffre tombe à 1 %.

- CABRIEL, dans 6 iléo-rectostomies, note 5 récidives et 1 mort par occlusion.

- GOLIGHER, de Leeds, sur 109 cas chirurgicaux, a réalisé 22 anastomoses. Parmi celles-ci, 11 iléo-coliques réservées à des malades porteurs d'une colite droite ou d'une colite segmentaire, et 11 iléo-rectales avec 6 résultats excellents, 4 mauvais avec reconversion en iléostomie et 1 malade présentant des poussées de rectite sensibles au traitement médical.

L'auteur recommande l'anastomose dans les cas où le rectum est sain, mais considère que, pour la majorité des cas, l'iléostomie abdominale définitive est la seule ressource.

Pour ces auteurs, le rétablissement de la continuité constitue donc une intervention d'exception, et le pourcentage des cas opérés ne dépasse jamais 5 %, si l'on excepte la statistique de GOLIGHER où le taux s'élève à 10 %. Si l'on considère les résultats publiés, on trouve que le nombre de malades ayant finalement bénéficié du rétablissement, c'est-à-dire ceux chez qui l'anastomose fut maintenue et où une iléostomie ultérieure ne fut pas nécessaire, tombe à un pourcentage de 2 à 3 % des cas (exception faite de la statistique de GOLIGHER où l'on arrive à 5 %).

Depuis ces dernières années cependant, certains auteurs ont fait appel de cette condamnation et entrepris des rétablissements dans une proportion bien plus élevée de cas.

- Dès 1948, DEVINE H. et J. décrivent une technique de conservation du rectum et de rétablissement de la continuité avec fractionnement des temps opératoires. Les résultats publiés portent sur 11 malades, dont 6 résultats favorables avec un recul de 6 ans (ils ne précisent malheureusement pas le devenir des 5 cas restants).

- Ch. MAYO et W. BRODERS rapportent les résultats de 30 iléo-rectostomies en 4 ans (de 1953 à 1957).

Sur les 30, on note :

- 16 colectomies totales avec anastomose iléo-rectale en un temps ;
- 11 iléo-proctostomies avec colectomie dans un deuxième temps ;
- 1 cas avec chirurgie en 3 temps ;
- 2 colectomies et iléostomies abdominales avec rétablissement secondaire de la continuité.

Les résultats sont rapportés sur 22 malades seulement.

Pour les 8 décomptés, on note :

- 5 perdus de vue ;
- 1 décès dont la cause n'a pu être précisée ;
- 2 qui ont dû subir une proctectomie secondairement avec iléostomie définitive.

L'étude des résultats est tout spécialement intéressante, car étudiée sous plusieurs incidences.

= D'une part, l'étude comparative de l'état rectal avant et après intervention :

15 malades présentaient une atteinte avant l'intervention :

5 malades ont un rectum qui est devenu complètement normal, alors que l'on notait avant l'anastomose :

- 1 rétrécissement,
- 1 fistule anale,
- 1 cicatrice anale de fistule,
- 1 porteur d'ulcérations rectales,
- 1 avec muqueuse congestive saignant au contact.

1 n'a pu être vu en rectoscopie.

9 enfin ont continué à présenter une atteinte

te rectale :

- 4 une rectite évolutive,
- 1 fissure anale,
- 1 sténose peu importante de l'anastomose,
- 3 des pseudo-polypes.

Il serait d'ailleurs intéressant, ce que l'auteur ne dit pas, de savoir quel a été le sort de ces malades.

Pour les 7 autres, qui avaient un rectum normal antérieurement, la surveillance post-opératoire a noté :

- 2 normaux en rectoscopie,
- 1 présentant un rétrécissement minime,
- 4 n'ont malheureusement pu être vus en rectoscopie.

Il est donc intéressant de noter que MAYO et BRODERS n'ont pas refusé le bénéfice de l'anastomose à des malades dont le rectum était loin d'être normal. En effet, sur 30 malades, le bilan rectoscopique pré-opératoire découvrait :

8 malades seulement à rectum sain ;

22 présentaient :

- 2 des pseudo-polypes,
- 6 des fissures anales,
- 1 un rétrécissement minime du rectum,
- 13 un degré d'atteinte variable :

granulations,
hémorragies muqueuses,
ulcérations.

De plus, sur les 22 suivis régulièrement et non perdus de vue, 5 sur 15 ont vu leur rectum, de pathologique, redevenir normal, soit un tiers des cas, fait qui mérite d'être tout particulièrement souligné.

= Les auteurs étudient ensuite le retentissement sur l'état général et sur l'activité :

21 sur 22 ont présenté un très net gain de poids.

1 seul est resté stationnaire.

20 sur 22 ont repris une activité normale ; parmi eux, 3 femmes ont pu mener une grossesse à terme.

1 a repris une activité modérée.

1, âgé de 62 ans, garde également une activité modérée.

= Le transit digestif :

20 malades contrôlent parfaitement leurs selles.

2 ont une incontinence nécessitant le port d'un appareil périnéal.

11 ont de 1 à 5 selles par jour.

6 " 5 à 8 " " " .

5 ont plus de 8 selles.

8 ont noté un léger saignement intermittent.

14 n'ont jamais rien eu dans les selles.

Les auteurs concluent en considérant que l'anastomose iléo-rectale présente des indications indiscutables, bien que rares.

- CLARENCE DENIS et KARL E. KARLSON, sur 144 malades opérés, ont réalisé 43 anastomoses iléo-rectales, soit dans 29 % des cas.

L'analyse des résultats porte sur 41 malades, 2 ayant été perdus de vue :

= 6 échecs :

- 1 décès par fistulisation de l'anastomose ;
- 1 décès par cancer du rectum 4 ans plus tard ;
- 1 décès par rechute de la maladie ;
- 1 rechute ayant nécessité une iléostomie ;
- 2 récidives avec cancérisation ultérieure ayant abouti à la mort.

= Les 35 autres vont bien :

- 19 ont 5 ou moins de 5 selles par jour ;
- 16 ont 6 ou plus de 6 selles par jour.

Les auteurs considèrent que les cas justiciables de l'anastomose doivent être sélectionnés avec soin, en fonction de l'état rectal - ce qu'ils ne précisent pas - et en y incluant, d'autre part, les malades qui se refusent à être porteurs d'une iléostomie.

Ils signalent enfin un fait intéressant :

- dans 3 cas où une rectite se développa après l'anastomose, l'état rectal s'améliora très nettement après vagotomie thoracique,

- et, dans 1 cas, la guérison rectale fut complète après parasymphectomie pelvienne associée à la vagotomie.

- ANDERSON, dans un article de parution récente, rapporte 34 anastomoses iléo-rectales, opérées suivant des techniques variables, mais toujours avec fractionnement des temps.

Les résultats :

= 2 désunions de l'anastomose, nécessitant une iléostomie d'urgence, avec évolution finale vers la guérison.

= 6 occlusions nécessitant la réintervention, avec 2 décès secondaires.

= 1 sténose obligeant à des dilatations.

= 18 résultats satisfaisants : moins de 3 selles par jour avec contrôle normal.

= 8 cas avec récurrence de la maladie sur le moignon rectal qui a entraîné, pour 5 d'entre eux, une proctectomie.

L'auteur conclut que les meilleurs résultats sont obtenus chez le sujet jeune, porteur d'une colite pas trop ancienne, et chez lequel le rectum est peu ou pas atteint. Il préfère l'intervention en deux temps avec colectomie et iléostomie d'abord.

- LEROY, STALHGREEN et FERGUSON se demandent si l'iléostomie est toujours nécessaire dans la colite ulcéreuse segmentaire. Ils font état de 136 rectocolites ulcéreuses traitées chirurgicalement de 1939 à 1959, et, à ce propos, ils rappellent plusieurs publications et notamment celles de :

- MANNING et WARREN, qui ont présenté 34 anastomoses iléo-sigmoïdiennes avec résection d'emblée ou secondaire du rectum. Ils ont réservé l'intervention aux cas où le rectum est intact. Sur ces 34, on compte 5 décès.

- BROOKE et COOKE, déjà cités.

- NEUMANN, BARGEN et JUDD relatent 41 anastomoses pour colite segmentaire avec :

16 succès connus et suivis,
13 récurrences,
6 décès,
6 malades perdus de vue.

Quant aux cas des auteurs, ils portent sur 136 malades dont 46 étaient porteurs de colite segmentaire, 2 porteurs d'une colite diffuse avec atteinte rectale

minime, soit 48 au total.

Les indications ont été fonction de la localisation de l'atteinte :

= 19 ayant une localisation sur le colon gauche, ont eu une résection segmentaire avec colostomie.

= 23 ont eu une anastomose d'emblée après colectomie, 9 parmi eux ayant eu une colectomie subtotale.

Sur ces 9 :

5 bons résultats.

1 rechute nécessitant une reconversion en iléostomie.

1 rechute avec résection du sigmoïde restant suivie de succès.

1 décès sans rapport avec l'affection.

1 malade perdu de vue.

Les autres ont eu :

soit une iléo-transversostomie après colectomie droite,

soit une résection segmentaire.

= Enfin, 7 ont eu une colectomie subtotale et anastomose, après un premier temps d'iléostomie :

5 avaient un rectum normal.

2 un rectum dont l'atteinte était minime, mais le transit ne fut rétabli qu'après retour à un état rigoureusement normal.

On décompte :

3 bons résultats.

2 échecs par apparition de signes inflammatoires au niveau du rectum.

2 cas avec poussées de rectite réagissant au traitement médical.

Au total, sur 48 malades, 16 ont eu une colectomie subtotala et anastomose iléo-sigmoïdienne soit en un temps, soit en deux.

Et les auteurs ne concluent pas sur les cas avec atteinte colique diffuse et atteinte rectale nulle ou modérée, car ils n'en ont qu'une bien faible expérience ; ils pensent cependant qu'il est peu de cas permettant l'anastomose.

Pour eux, le rétablissement du transit s'applique beaucoup plus aux cas de colite segmentaire, et notamment aux colites droites.

- TURNBULL cite 14 anastomoses iléo-rectales réalisées en 18 mois avec 4 échecs.

2 chez des malades dont l'atteinte rectale est restée inchangée, entraînant des selles particulièrement fréquentes, une atteinte marquée de l'état général, mais qui se refusent à subir une proctectomie complémentaire.

1 présentant une incontinence anale totale, due à une destruction quasi totale du sphincter, existant avant même la réalisation de l'anastomose et qui dut avoir une proctectomie.

1 fille de 15 ans qui, malgré une iléite terminale, eut une anastomose iléo-rectale. L'iléite résiduelle est sensible au traitement médical.

L'auteur pense, comme AYLETT, que l'anastomose doit être iléo-rectale et que tout le sigmoïde et la jonction recto-sigmoïdienne doivent être enlevés sous peine de récidence.

- CORBETT, en 1952, a rapporté 4 cas traités avec succès chez des hommes jeunes. Mais surtout, dans une

nouvelle publication parue en 1958, il étudie les indications, les modalités techniques, les résultats de 17 anastomoses réalisées chez 56 malades traités chirurgicalement pour recto-colite, de 1949 à 1956 (soit donc 30 % des malades chirurgicaux).

= Les indications : Le critère principal pour envisager un rétablissement de la continuité est l'atteinte minime de la région rectale et recto-sigmoïdienne.

Les cas sélectionnés n'étaient compliqués ni d'abcès des fosses ischio-rectales, ni de fistule ou de sténose.

L'intervention, par contre, a été réalisée lorsque la rectoscopie montrait un aspect inflammatoire discret (mild) de la muqueuse.

Sur les 17 : 6 présentaient des complications générales : pyodermite sévère, arthrite ou état toxique grave.

2 avaient présenté une hémorragie intestinale grave nécessitant l'intervention d'urgence.

Tous avaient une atteinte de la totalité du colon. Chez tous, elle entraînait une suppression de toute activité.

Aucun n'avait tiré bénéfice du traitement médical.

= Technique utilisée : L'auteur a considérablement évolué, allant du fractionnement des temps opératoires à une chirurgie en un temps.

• 1ère manière, employée pour 3 malades : c'est la technique de DEVINE.

1er temps : réalise 4 stomies accolées
2 par 2 :

iléostomie proximale et colostomie distale sur le sigmoïde ;

iléostomie distale et colostomie proximale sur le sigmoïde.

2me temps : effondrement du mur entre sigmoïde distal et segment proximal du grêle grâce à un entérotome spécial.

3me temps : rétablissement de la continuité.

4me temps : colectomie.

• 2me manière, utilisée pour 9 cas, est la technique de DEVINE modifiée :

1er et 2me temps communs,
Puis colectomie,
Enfin, fermeture de la fistule restante.

• 3me manière, utilisée pour 3 cas.

Colectomie et anastomose iléo-sigmoïdienne latéro-terminale avec iléostomie terminale.

Puis fermeture de l'iléostomie.

• 4me manière, utilisée pour 4 cas.

Colectomie et anastomose d'emblée sans iléostomie de décharge.

Le siège de l'anastomose porte sur la jonction recto-sigmoïdienne.

= Les résultats :

• 1 décès dans les suites, par lâchage de l'anastomose et péritonite survenue après colectomie totale et anastomose d'emblée.

• 1 décès par occlusion du grêle, due à un volvulus total survenant trois mois après l'intervention, alors que, jusque là, le malade avait été en parfait état.

• Les 15 malades restants :

- 2 sont suivis depuis moins d'un an et vont parfaitement bien.

- 13 sont suivis depuis deux ans et plus :

10 vont parfaitement bien.

1, le premier de la série, porteur d'une pyodermite grave, avec arthrite, stomatite, fut bien pendant 3 ans, puis présenta des épisodes de diarrhée avec sang et mucus dans les selles.

4 ans après l'intervention, nécessité d'amputer le rectum et de créer une iléostomie définitive.

L'examen de la pièce d'amputation nota une atteinte évolutive grave du rectum ; l'iléon au niveau de l'anastomose était parfaitement sain.

Il va bien depuis ; les complications cutanées ont disparu.

1 présentait une atteinte rectale minime après colectomie et iléostomie. Après l'anastomose, apparition de manifestations rectales graves obligeant à l'iléostomie.

1 continua à souffrir, à présenter des épisodes douloureux abdominaux après l'anastomose ; la laparotomie exploratrice trouve des zones d'entérite régionale à 40 cm. de l'anastomose ; ces zones sont exclues par iléo-iléostomie.

Va tout à fait bien depuis.

= Les commentaires :

CORBETT pense que, pour que l'anastomose soit possible, elle doit porter sur un rectum sain ou dont l'atteinte est minime et peu évolutive. Il pense qu'une atteinte rectale évolutive quérît rarement après colectomie et cela même après une longue période d'ex-

clusion.

Il a abandonné la technique de DEVINE, car elle réalise un trop grand fractionnement des temps, et, d'autre part, elle laisse un trop long segment de sigmoïde : il croit, en effet, qu'anastomoser iléon et rectum, plutôt qu'iléon et sigmoïde, diminue le risque de reprise évolutive.

Il s'est finalement rallié à la colectomie avec anastomose d'emblée, bien qu'un malade ait présenté un lâchage de suture avec évolution mortelle. Cette façon de faire réduit considérablement les délais d'hospitalisation, et la reprise de l'activité est beaucoup plus rapide.

Il ne croit pas que le risque de cancérisation soit suffisamment élevé pour faire rejeter l'anastomose iléo-rectale.

Enfin, il reste résolument opposé à l'anastomose iléo-anale.

- Mais c'est essentiellement STANLEY AYLETT qui s'est fait le défenseur des anastomoses iléo-rectales. Plusieurs statistiques ont été rapportées par l'auteur, dont la dernière en date (1959) fait état de 120 cas.

Il y précise un certain nombre de points particulièrement intéressants.

= D'une part, en matière de recto-colite, la seule chirurgie logique est la colectomie totale, c'est-à-dire l'ablation de tout le colon malade, saignant, suppurant, facteur d'anémie et d'état toxique grave. L'iléostomie isolée est un non-sens, puisque laissant en place la partie du tube digestif malade, de même les excrèses segmentaires, car un segment colique peut paraître normal aux rayons X, à la palpation manuelle en cours d'intervention, et l'examen anatomo-pathologique trouver de petites ulcérations diffuses. Pour appuyer cette affirmation, il cite que, sur 4 cas de résection

segmentaire, il eut 1 décès par rechute avec hémorragies graves, 1 rechute qui guérit après colectomie totale et anastomose iléo-rectale.

= Ce point noté, l'auteur donne les bases sur lesquelles il s'appuie pour conserver le rectum : la présence d'ulcérations, de pseudo-polypes rectaux n'est pas une indication d'exérèse et ne représente pas un stade irréversible de l'atteinte rectale (différant en cela de CORBETT, pour qui une atteinte rectale évolutive est peu influencée par la colectomie). Ceux-ci peuvent disparaître après colectomie et l'épithélialisation de la muqueuse se refaire à partir des îlots muqueux ayant échappé au processus destructif de la maladie. Selon AYLETT, cette récupération de la muqueuse est due à l'extraordinaire amélioration de l'état général du malade après colectomie totale, et il l'a vérifiée par des biopsies rectales pré- et post-opératoires. Certes, la structure normale de la muqueuse rectale ne se reforme pas, mais, néanmoins, la paroi rectale est à nouveau recouverte d'un épithélium.

= L'auteur précise ensuite les modalités techniques :

L'anastomose iléo-rectale est faite en termino-terminale avec iléostomie latérale en amont de la suture placée dans la fosse iliaque gauche. Il est nécessaire de fermer la brèche existant entre l'iléostomie et le péritoine pariétal pour prévenir une occlusion post-opératoire. Le tout est réalisé en un temps, dans les cas favorables.

Par contre, dans les cas suraigus (fulminating colitis), ou toutes les fois que des hémorragies, une péritonite, un état toxique grave sont une indication à intervenir, il réalise une chirurgie en deux temps :

. Colectomie dans un premier temps, avec mise à la peau du bout supérieur du rectum au-dessus du pubis, ainsi que du segment terminal du grêle au niveau de la même incision, mais plus haut, l'incision étant une laparotomie médiane.

. Dans un deuxième temps, anastomose iléo-rectale. AYLETT a abandonné l'anastomose iléo-rectale latéro-latérale en aval du bout supérieur du rectum, qui est mis à la peau comme ostomie de décharge, cela à cause des difficultés ultérieures de fermeture de celle-ci (ayant parfois nécessité plusieurs interventions).

= Les résultats rapportés portent sur 120 malades, avec :

6 décès dus à l'intervention, soit 5 % ;

98 cas excellents, avec reprise du travail à plein temps ;

3 cas avec reprise du travail à temps partiel ;

6 sont encore convalescents et on ne peut en faire état ;

1 décès par thrombose coronaire 18 mois après l'anastomose ;

1 décès par cancer du moignon rectal ;

1 décès par cancer (ne précise pas où) constaté lors de l'intervention ;

1 malade non revu ;

3 transformations en iléostomie (ne précise pas les circonstances).

D'autre part, il étudie les diverses complications survenues dans les suites opératoires. La plus fréquente est l'occlusion post-opératoire, survenue dans 12 cas, dont 10 par péritonite plastique avec adhérences, les deux autres dues, l'une à un volvulus du grêle, l'autre à une sténose localisée du grêle de cause inconnue.

D'autres complications sont également signalées :

2 éviscérations,
5 fistules,

- 5 hémorragies secondaires,
- 1 entérite aiguë staphylococcique,
- 1 abcès sous-phrénique,
- 5 abcès pelviens,
- 6 fistules anales.

Ainsi donc, dans une étude portant sur 120 cas, AYLETT note 80 % de bons résultats, puisque ces malades ont pu reprendre une activité absolument normale. Cette statistique est en nette amélioration sur la précédente datant de 1957, portant sur 47 cas, et dans laquelle le pourcentage de résultats favorables était de 70 %.

D'une telle série, il faut retenir :

- La nécessité d'une chirurgie précoce en matière de recto-colite, avant la survenue de lésions rectales irréversibles : fistules, sténose, rétrécissement fibreux.

- La nécessité d'une colectomie totale sans conservation du colon pelvien (l'auteur insiste sur ce point), quel que soit l'état général du malade, et cela d'autant plus que l'affection se complique d'hémorragie, de péritonite, d'état toxique grave.

- Le rectum, après colectomie et à la faveur de l'amélioration de l'état général qui en résulte, a tendance à s'épithélialiser de nouveau à partir des îlots de muqueuse restants, comme le prouvent les biopsies pré- et post-opératoires, les pseudo-kystes à disparaître.

- AYLETT s'est finalement rallié à une anastomose iléo-rectale termino-terminale avec iléostomie de décharge en amont.

- Il n'a noté qu'un cas sur 120 de cancérisation du moignon rectal restant, encore que, en ce qui concerne la cancérisation, de nombreux cas soient trop récents pour que des conclusions valables puissent être tirées.

- GORDON UNGLEY va encore plus loin dans ses indications et, dans un article récent paru en 1959, reprend, à propos de 4 cas traités avec succès, les indications de la conservation du rectum et du rétablissement de la continuité.

Il reconnaît, certes, que l'opinion classique, en Angleterre et Outre-Atlantique, est que la colo-proctectomie est le seul traitement logique de la recto-colite quand la chirurgie entre en jeu. Mais, lui, il arrive à des conclusions diamétralement opposées : il va, en effet, jusqu'à dire que la colo-proctectomie est un traitement d'exception quand la chirurgie s'impose.

Cette affirmation s'appuie sur 700 malades suivis régulièrement au Gordon's Hospital, parmi lesquels 175 ont eu une colectomie, dont 7 seulement avec ablation du rectum et iléostomie définitive.

GORDON UNGLEY va même plus loin qu'AYLETT dans les indications de l'anastomose, puisqu'il écrit que les fistules anales, dans la majorité de ses cas personnels, ont guéri après colectomie et iléostomie et que le rectum est devenu apte à une anastomose secondaire. Seules, les fistules haut situées et les fistules recto-vaginales peuvent ne pas guérir après colectomie et obliger à l'amputation du rectum. De même, après colectomie, l'auteur a vu régresser une atteinte rectale sévère avec pseudo-polypes ; enfin, il considère que les rétrécissements fibreux peuvent être dilatés, et le rectum devenir secondairement apte à une anastomose ; dans un seul cas, il a dû enlever le rectum pour rétrécissement.

Sa conclusion vaut la peine d'être citée in extenso :

" Bien que nous admettions la nécessité d'une colo-proctectomie totale dans des cas exceptionnels, nous pensons que, pour la plupart, le traitement chirurgical le plus rationnel est la colectomie totale et l'anastomose iléo-rectale en 1-2 temps. Nous pensons qu'un rectum malade peut guérir, des pseudo-

polypes disparaître, un rétrécissement être contrôlé, une fistule se fermer. L'anastomose iléo-rectale est donc indiquée pour tous les malades nécessitant la chirurgie, avec seulement quelques exceptions".

Sa technique consiste à faire une anastomose iléo-rectale termino-latérale par implantation de l'iléon sur la face antérieure du rectum au niveau de son tiers moyen.

°
° °

Comment comprendre une telle divergence d'opinion entre des auteurs qui considèrent le rétablissement comme une intervention réservée à des cas d'exception, et des auteurs qui en font une intervention presque systématique.

Il est possible qu'il s'agisse avant tout d'une question de date dans la mise en oeuvre de la chirurgie. AYLETT conseille une chirurgie précoce, entreprise alors que le rectum est encore sain ou n'a été encore atteint que par des lésions réversibles non organisées de façon définitive, c'est-à-dire tant qu'une fibrose dense, des suppurations péri-rectales, des fistules n'ont pas transformé le rectum en un tube rigide, sans souplesse, ayant perdu son rôle normal de réservoir, tant que des fistules et des suppurations ne sont pas venues détruire le sphincter, tant que persistent des îlots de muqueuse d'où partira la régénération de l'épithélium.

Les autres auteurs, venant peut-être à la chirurgie plus tardivement, se trouvent devant des lésions rectales telles que la colo-proctectomie avec iléostomie définitive semble la seule issue possible et logique.

Et c'est justement parce qu'il propose une chirurgie, certes mutilante, mais n'établissant pas d'anus contre nature, qu'AYLETT voit des malades venir plus

précocement au recours chirurgical.

o
o o

En FRANCE, les cas rapportés sont beaucoup plus rares, ne serait-ce que par la moindre fréquence de l'affection dans nos pays.

- Le premier cas d'anastomose iléo-sigmoïdienne retrouvé dans la littérature française est celui de CHARRIER, RACHET et BUSSON, rapporté en 1949, concernant un malade ayant eu, dans un premier temps, une iléostomie, puis, secondairement, une colectomie subtotala avec anastomose iléo-sigmoïdienne. Les suites furent parfaites et, à une rectoscopie de contrôle, les auteurs eurent la surprise de trouver un rectum parfaitement normal, alors que la muqueuse rectale, bien que peu touchée, n'était pas rigoureusement intacte avant l'intervention.

Le malade, suivi depuis douze ans maintenant par le Dr. BUSSON, va toujours parfaitement bien.

- MONGES et de VERNEJOUL rapportent, en 1953, un excellent résultat d'iléo-rectostomie, bien que l'anastomose ait été effectuée sur un rectum encore en activité pathologique.

- LOYGUE et LEVY, sur une série de 40 malades, ont réalisé 4 anastomoses iléo-rectales immédiates ou secondaires après colectomie, avec :

1 bon résultat,

1 malade perdu de vue,

1 malade ayant développé une sténose inflammatoire de l'anastomose, ayant nécessité une iléostomie définitive après amputation du rectum,

1 résultat favorable, avec cependant persistance d'une ulcération torpide au niveau de la jonction recto-sigmoïdienne qui reste inchangée et non évolutive,

à des examens de contrôle successifs.

o

o o

Telles sont donc les principales publications relevées sur le sujet. Les opinions varient, comme on a pu en juger, les modalités techniques également. C'est maintenant l'expérience personnelle qui va être exposée.

TECHNIQUE UTILISÉE

Voici, maintenant, l'exposé de la technique utilisée pour la réalisation des cas personnels.

I.- La colectomie.

L'intervention sera menée après préparation rapide et intense de ces malades au colon suppurant et saignant :

- transfusions visant à réparer l'anémie et l'hypoprotidémie,
- antibiotiques à hautes doses,
- polyvitamines.

L'opérateur se place à droite du malade.

Table d'opération horizontale.

La voie d'abord : Elle est essentiellement fonction du siège de l'angle gauche, qui représente la seule véritable difficulté de l'intervention ; c'est dire la nécessité d'un repérage soigneux au lavement baryté.

- Bas situé, la laparotomie médiane sous-ombilicale, débordant l'ombilic vers le haut de 1 à 2 cm., suffit.

- Haut situé, sous la coupole diaphragmatique gauche, il devient nécessaire de brancher, sur l'extrémité supérieure de la médiane, une incision oblique allant vers la 9^{me} côte gauche (réalisant une voie d'abord type Barraya).

Car la colectomie doit être réalisée avec douceur, sans tractions brutales sur ce colon particulièrement friable où l'on court le risque d'une déchirure de sa paroi avec inondation de la cavité péritonéale par son contenu hyperseptique. Elle débute par le décrochage de l'angle gauche, puis libération du transverse : ne jamais faire de décollement colo-épiploïque, car cette manoeuvre est très hémorragique, mais sectionner le ligament gastro-colique. Puis, libération du colon droit et du colon gauche jusqu'au détroit supérieur.

L'étendue de la résection mésocolique ne pose pas de problème en cas de recto-colite : le mésocolon est sectionné et les vaisseaux liés à proximité du colon lui-même.

Arrivé à ce stade de l'intervention, l'opérateur passe à gauche, la table est mise en position de Trendelenburg. On termine alors la ligature des vaisseaux du colon gauche et des vaisseaux hémorroïdaux supérieurs.

Le sigmoïde est alors sectionné et le niveau va varier selon la conduite ultérieure.

- Si l'on envisage un rétablissement immédiat, la section portera entre 5 et 8 cm. au-dessus du cul-de-sac de Douglas.

- Si le rétablissement, par contre, est différé à une date ultérieure, le segment distal du sigmoïde est gardé assez long pour pouvoir être mis à la peau au-dessus du pubis, à la partie inférieure de la médiane.

La section du grêle passe, elle, entre 10 et 15 cm. de la valvule de Bauhin. Il faut insister sur le fait que l'on doit conserver le maximum de grêle chez ces malades privés de leur colon et qui doivent utiliser leur tube digestif restant au maximum.

Les temps ultérieurs sont fonction de la technique adoptée.

II.- En cas de rétablissement immédiat de la continuité.

Anastomose iléo-sigmoïdienne termino-terminale en un plan, au fil non résorbable, aux points séparés.

Quand le sigmoïde est sain, les points chargent la séro-musculaire ; s'il ne l'est pas, l'anastomose est réalisée en un plan total. Si l'anastomose est iléo-rectale, les points chargent toute la paroi rectale.

Cette anastomose doit être réalisée avec le plus grand soin, car elle fonctionne dès le lendemain. En cas d'arrêt net des lésions coliques au niveau de la jonction recto-sigmoïdienne, il est logique de réséquer le colon jusqu'au rectum et de faire porter l'anastomose en zone saine ; mais, lorsque les lésions rectales et coliques sont identiques, il semble inutile de la pratiquer sur le rectum. Le pronostic à distance ne dépend pas de la conservation de quelques centimètres de colon supplémentaires.

III.- En cas de rétablissement différé.

Le sigmoïde restant est, comme il a été déjà dit, mis à la peau à la partie inférieure de la médiane, au-dessus du pubis, et oblitéré temporairement par un écraseur laissé en place 48 heures jusqu'à ce que l'adhérence à la paroi soit suffisante pour éviter sa rétraction trop rapide dans l'abdomen.

La colectomie subtotalaire semble préférable à la colectomie totale poussée jusqu'à la jonction recto-sigmoïdienne qui ne présente guère d'avantages du point de vue de l'évolution de la maladie. La section basse nécessite la fermeture de ce moignon pas toujours sain (puisque son abouchement à la peau devient impossible), avec ses risques de déhiscence, d'abcès, d'agglutination du grêle, et complique beaucoup l'anastomose secondaire. En cas de moignon rectal court, il est souvent nécessaire d'introduire une bougie de Hégar par l'anus pour permettre à l'opérateur de repérer le rectum dans le pelvis, lors du deuxième temps.

L'iléostomie est réalisée, soit dans la fosse iliaque droite, soit par abouchement de l'iléon au niveau de la médiane, au-dessus de la colostomie, comme le réalise AYLETT.

L'intervention est terminée par un drainage par contre-incision dans la fosse iliaque gauche.

Aucune péritonisation des zones dépéritonisées au niveau des flancs après colectomie.

= La réalisation de l'anastomose dans un deuxième temps est techniquement facile, si l'on ne s'obstine pas à vouloir l'exécuter le plus bas possible, en plein rectum, sous-péritonéale, et qu'on la pratique à la jonction recto-sigmoïdienne, en pleine cavité péritonéale. En effet, si le segment est sain, il est inutile de le raccourcir, ce qui augmente les difficultés de l'anastomose, les risques de désunion de suppuration sous-péritonéale, et ce qui diminue, dans une certaine mesure, la capacité du réservoir rectal, augmentant désagréablement la fréquence des selles. Si le segment recto-sigmoïdien est encore malade et qu'on pratique néanmoins l'anastomose, elle ne sera pas idéale en tissu sain en l'établissant plus bas.

Le deuxième temps sera réalisé comme suit :

- Laparotomie médiane ; exploration.

- Libération du moignon recto-sigmoïdien : ce moignon est resté ouvert à la paroi, ce qui a permis de le traiter par instillations d'antibiotiques, d'hydrocortisone, d'huile vitaminée, par ses deux extrémités : anus naturel et colostomie.

Le moignon recto-sigmoïdien peut d'ailleurs se rétracter progressivement au niveau de la colostomie, au point de disparaître parfois complètement dans la paroi.

- Résection du moignon recto-sigmoïdien : Le segment colique terminal n'a plus parfois que le calibre du petit doigt. L'étendue de la résection est com-

mandée par l'étude rectoscopique préalable et l'aspect de la tranche de section colique. On résèque habituellement de 10 à 12 cm., de façon à ce que l'anastomose porte à 5-6 cm. au-dessus du Douglas.

- Libération de l'iléostomie : Elle ne doit jamais être entreprise avant que l'exploration du segment colique ait confirmé la possibilité de l'anastomose. (voir plus loin l'Observation IV).

La libération de l'iléon terminal, de sa traversée pariétale et de la fixation péritonéale qui avait été pratiquée lors de l'iléostomie pour prévenir son prolapsus, est toujours aisée, car la fixation du grêle au péritoine pariétal s'est habituellement relâchée et l'on ne risque pas de blesser l'intestin en le libérant. Son extrémité doit être réséquée sur 4 à 5 cm. pour faire porter la suture en tissu sain apparemment.

Il paraît inutile de faire pratiquer un examen histologique extemporané de la tranche de section iléale, si l'iléon semble macroscopiquement sain, car la recherche obstinée d'un iléon microscopiquement normal par crainte d'iléite ascendante peut entraîner à des résections inutiles et regrettables. Chez un colectomisé qui a besoin d'utiliser son grêle au maximum, une résection iléale même de 25 cm. seulement n'est pas sans importance.

L'iléon terminal, en cas d'anastomose secondaire, est apparu dilaté, un peu épaissi, blanchâtre et apparemment sain, dans nos observations. Les examens histologiques post-opératoires de la recoupe iléale n'ont jamais mis en évidence de signes d'iléite.

- Anastomose : Elle sera termino-terminale, quelle que soit l'incongruence des extrémités, aux points séparés, au fil non résorbable, en un seul plan séro-musculaire sur sigmoïde intact, en un plan total s'il ne l'est pas.

- L'orifice de l'ancienne iléostomie est rétréci du côté péritonéal, ainsi que du côté mésentérique

et cutané, et utilisé comme orifice de drainage.

De toute façon, quelle que soit l'anastomose, immédiate et secondaire, elle est réalisée sans anus de protection, sans la "safety valve" des auteurs anglo-saxons, - et notamment sans iléostomie latérale en amont de l'anastomose, comme l'a proposé AYLETT.

SUITES OPÉRATOIRES

Que l'anastomose ait été réalisée d'emblée ou que le malade soit porteur d'une iléostomie, les pertes liquidiennes vont être très abondantes durant les jours qui suivent l'intervention, où le malade va présenter de 12 à 15 selles par jour, liquides, abondantes. Ces pertes doivent être exactement chiffrées et compensées, sous peine de voir survenir un choc grave, difficile à surmonter.

Il est également intéressant de noter que les perfusions de sang, nécessaires en cours d'intervention et dans les suites de la colectomie pour maintenir la tension artérielle à des chiffres normaux, sont beaucoup plus importantes que ne le laisse prévoir la mensuration des pertes per-opératoires. Cependant, il ne faut pas oublier que la colectomie est réalisée en général chez des malades souvent en mauvais état général, malgré une réanimation pré-opératoire intense, qu'elle laisse de larges surfaces dépéritonisées et suintantes.

L'administration, dès la 48^{me} heure, d'opium (6 à 8 gr.) réduit considérablement le nombre des évacuations rectales (de 15 à 6 selles, par exemple). Les évacuations, fréquemment sanglantes au début, vont disparaître par la suite.

Dans les suites plus lointaines, la période d'adaptation du rectum et du grêle terminal est variable. Certains malades, dès le 8^{me} jour, n'ont plus que 5 selles quotidiennes ; pour d'autres, les délais sont beaucoup plus longs.

Enfin, les selles, de liquides, verdâtres, compa-

rables à celles évacuées par iléostomie, se modifient progressivement pour devenir pâteuses, moulées enfin. Mais certains malades, un à deux ans après l'anastomose, gardent 2 à 3 selles par jour, pâteuses, non parfaitement moulées.

Ultérieurement, le malade sera suivi de façon régulière, en surveillant son état général, et surtout l'état rectal, par des rectoscopies fréquentes, des examens radiologiques, étudiant la souplesse de l'ampoule rectale, le calibre de l'anastomose.

OBSERVATIONS

PERSONNELLES

L'étude des cas personnels repose sur 12 malades traités en 4 ans, dans le service du Dr. MIALARET, à l'Hôpital Saint-Louis. Sur 21 malades ayant subi une colectomie totale ou subtotale, 12 ont donc eu un rétablissement de la continuité d'emblée ou après iléostomie préalable, soit environ la moitié des cas chirurgicaux.

D'autre part, durant la même période, 65 rectocolites ont été traitées médicalement dans le service, dont 50 sans hospitalisation. Le rétablissement de la continuité a été donc réalisé dans 18 % des cas traités dans le service.

Les observations ont été classées dans l'ordre chronologique de la réalisation des anastomoses, qui ont toutes été réalisées par le Dr. MIALARET. Les malades sont régulièrement suivis dans le service par les Drs. MIALARET et BUSSON.

o
o o

OBSERVATION I

T. G..., homme de 40 ans.

Le diagnostic de recto-colite est posé en 1946, sur le syndrome clinique, les radios du colôn, la biopsie de la muqueuse rectale.

Le malade est traité médicalement jusqu'en 1952.

- En Juin 1952 : iléostomie abdominale (Pr. J. GOSSET).

- En Mai 1953 : colectomie subtotal, devant la persistance des troubles non améliorés par l'iléostomie simple (Pr. J. GOSSET).

- Vu pour la première fois à Saint-Louis en Janvier 1954 par le Dr. BUSSON.

- En Mai 1955, amélioration progressive de l'état général, reprise partielle de l'activité.

- Revu en Octobre 1955, pour hématomose et moelle na dus à un ulcus gastrique que l'on traite médicalement.

Entre dans le service en Février 1957, pour rétablissement de la continuité, sur la demande expresse du malade qui désire se marier. Le bilan pré-opératoire trouve un malade en excellent état général, pesant 60 kg.- L'iléostomie fonctionne parfaitement. Le rectum est absolument normal au toucher rectal et en rectoscopie.

Compte rendu opératoire du 21 Février 1957 :

Laparotomie médiane.

La moitié distale du grêle au moins est accolée par une péritonite plastique importante. Il serait extrêmement difficile de descendre la dernière anse grêle à l'anus et même d'isoler une anse jéjunale pour la descendre, d'une part à l'anus, et d'autre part l'anastomoser à l'iléon terminal.

Le segment recto-sigmoïdien conservé avait été fermé, mais heureusement gardé assez long pour que l'anastomose iléo-sigmoïdienne ne présente aucune difficulté après libération de l'iléostomie et résection de 4 cm. de l'iléon terminal ; l'iléon apparaît parfaitement sain.

Lors de la sigmoïdotomie, la muqueuse est blanche,

paraît normale, mais est certainement un peu fragile, car il se produit un très léger suintement sous le tampon.

Anastomose iléo-sigmoïdienne termino-terminale.

Fermeture de l'orifice abdominal d'iléostomie.

Drainage par une lame de caoutchouc au contact de l'anastomose.

Les suites sont simples.

Le malade est suivi régulièrement depuis.

Au dernier examen, en Juillet 1961 :

Excellent état général.

Poids = 74 kg.

3 à 4 selles pâteuses par jour.

Rectoscopie : rectum strictement normal ; le début du sigmoïde est normal également.

OBSERVATION II

L. M... - Malade du Dr. LABY de Corbeil.

Femme de 23 ans, traitée médicalement, depuis Septembre 1954, pour recto-colite ulcéro-hémorragique.

Hospitalisée dans le service en Juin 1956 ; à son entrée, mauvais état général :

Poids : 44 kg.

Fièvre oscillante : 38-39°.

Anémie à 3.700.000.

Hypoprotidémie importante.

A l'examen : masse douloureuse de l'hypochondre gauche pour laquelle on porte le diagnostic de gâteau épiploïque couvrant une perforation colique.

Recto-sigmoïdoscopie : muqueuse rectale avec de

petites plaques blanchâtres qui peuvent être l'image de cicatrisation d'ulcérations anciennes. Dès l'arrivée dans le sigmoïde, ulcérations creusantes, bordées d'une muqueuse rouge ; aucun saignement au contact.

Lavement baryté : colite ulcéreuse évidente avec grêle radiologiquement normal.

Devant la gravité de l'état général qui se dégrade rapidement, on décide de pratiquer une colectomie subtotale avec iléostomie abdominale.

Compte rendu opératoire du 27 Juin 1956 :

Colectomie subtotale avec iléostomie abdominale.

Le bout distal du sigmoïde est mis à la peau au-dessus du pubis, à la partie basse de la médiane.

Iléostomie abdominale.

Un drain dans l'incision médiane.

A noter que :

la masse perçue dans l'hypochondre gauche correspond effectivement à une perforation colique couverte par un bloc très important d'adhérences épiploïques.

A l'ouverture de la pièce, il n'existe plus que quelques bandes longitudinales de muqueuse. Tout le reste du colon n'est plus qu'une vaste ulcération dépourvue de muqueuse. La section est passée au-dessous des lésions qui s'arrêtent nettement à la partie basse du sigmoïde.

La malade quitte le service en Septembre 1956 et est suivie régulièrement jusqu'en Mars 1957 où, devant l'excellent état général, les données de la rectoscopie qui montre une muqueuse pratiquement normale avec persistance d'une petite zone un peu blanche de cicatrisation, on rétablit le transit digestif normal.

Compte rendu opératoire du 14 Mars 1957 :

Médiane sous-ombilicale.

Adhérences extrêmement importantes du grêle dans le pelvis et des anses grêles entre elles.

Résection de la partie abouchée à la peau du segment colique.

Libération de l'iléon, recoupe de 6 cm.

Anastomose iléo-rectale en un plan, termino-terminale, faite à 6 cm. du Douglas.

Un drain abdominal, utilisant l'orifice d'iléostomie.

Suites opératoires absolument parfaites.

Elle quitte le service en bon état, pesant 45 kg., avec 2 à 3 selles par jour.

Suivie régulièrement, et revue pour la dernière fois en Février 1960, soit 3 ans après l'anastomose. Poids = 60 kg. - 2 selles par jour - Rectoscopie normale.

OBSERVATION III

B. E... (Dr. MOUSSOIR et Dr. BUSSON).

Homme de 44 ans, vu pour la première fois en Mars 1959, pour recto-colite grave, état général catastrophique.

Après un mois de traitement médical, l'état du malade est transformé ; il a repris 10 kg. ; cependant, le syndrome diarrhéique persiste toujours bien qu'atténué.

Hospitalisation le 15 Mai 1959 dans le service : bon état général.

Lavement baryté : atteinte de tout le colon gauche avec respect de la partie droite du transverse et du colon droit.

Rectoscopie : jusqu'à 12 cm., rectum normal, muqueuse saine ; une ulcération à 12 cm., plusieurs à 14 cm.

L'intervention est décidée.

Compte rendu opératoire du 11 Juin 1959 :

Colectomie subtotala et anastomose iléo-sigmoïdienne d'emblée.

Laparotomie médiane prolongée vers le haut en oblique vers la 9me côte gauche.

Colon très vascularisé, rosé, oedématié.

Abaissement de l'angle gauche; puis colectomie subtotala typique ; le colon paraît sain au-delà du détroit supérieur. Section du colon à ce niveau. L'aspect interne du segment inférieur est parfaitement normal.

Anastomose termino-terminale iléo-sigmoïdienne en un plan, aux points séparés.

Drainage par une contre-incision iliaque droite.

Suites opératoires immédiates excellentes ; quitte le service le 30 Juin en bon état général ; 5 à 6 selles liquides par jour.

Revu au bout de six mois : reprise de poids de 5 kg. ; les selles deviennent pâteuses ; rectoscopie : rectum normal. N'a malheureusement pas été revu depuis.

OBSERVATION IV

G. L... (Dr. BUSSON)

Homme de 37 ans.

Recto-colite diagnostiquée et traitée médicalement depuis Avril 1958. Une recto-sigmoïdoscopie jusqu'à 22 cm., faite à ce moment-là, montre un rectum un

peu congestif par places, mais sans ulcérations individualisées. La plus grande partie de la muqueuse est d'aspect normal.

Par contre, à partir de la jonction recto-sigmoïdienne, ulcérations nombreuses qui deviennent confluentes, laissant seulement des ponts de muqueuse entre elles.

Pas de suppuration.

Le malade est traité médicalement jusqu'en Mai 1958 ; mais devant l'absence d'amélioration, l'amaigrissement progressif, on décide l'intervention.

Compte rendu opératoire du 5 Mai 1958 :

Laparotomie médiane que l'on agrandit secondairement vers le rebord costal gauche. On pratique une colectomie subtotal, avec iléostomie abdominale. L'extrémité distale du sigmoïde est amarrée à la peau au bord supérieur du pubis, à la partie inférieure de la médiane.

L'iléostomie est créée dans la fosse iliaque droite.

Aucune péritonisation.

Aucun drainage.

A l'examen de la pièce, les lésions intéressent la totalité du colon et s'arrêtent exactement à la valvule de Bauhin. Les 10 cm. d'iléon réséqué sont normaux.

Les suites opératoires sont troublées et nécessitent deux réinterventions successives pour occlusion du grêle par agglutination d'anses.

Tout s'arrange par la suite et, le 12 Juin 1958, le malade quitte le service en bon état ; poids = 48 kg.

Le malade est suivi régulièrement et l'on note la reprise progressive du poids, l'amélioration de l'état du rectum.

Rectoscopie du 16 Juin 1959 : Muqueuse normale jusqu'à 12 cm.

Ce fait, associé à l'excellent état général (poids = 71 kg.), fait décider le rétablissement de la continuité.

Compte rendu opératoire du 1er Juillet 1959, soit 14 mois après la colectomie.

Laparotomie médiane.

Il n'existe pratiquement pas d'adhérences intra-abdominales, malgré les occlusions précédentes. L'orifice colique est rétracté dans la paroi et il n'y en a plus traces. Le colon est tendu en corde jusqu'à la paroi abdominale. Toutes ces libérations sont extrêmement aisées.

Libération de l'iléostomie ; une fois celle-ci libérée, on s'aperçoit que l'état du colon est extrêmement peu satisfaisant : il est rétréci, de parois friables ; sa muqueuse est granitée et rouge. La simple exploration au doigt, pour apprécier la perméabilité, tend à déchirer le rectum.

Cependant, on pratique une recoupe colique, et l'anastomose iléo-rectale est faite en termino-terminale, à 5 cm. au-dessus du Douglas.

Eviscération au 5me jour. Puis, suites favorables.

Le malade est suivi à intervalles réguliers.

Au dernier examen, en Octobre 1961 : pèse 81 kg., une à deux selles pâteuses par jour. Rectum strictement normal en rectoscopie.

A signaler que le malade a, depuis son intervention, fait les frais d'une tuberculose pulmonaire découverte en Mars 1960.

OBSERVATION V

A. F... (Dr. SALLET)

Femme de 42 ans,

Hospitalisée dans le service le 28 Juin 1957 pour recto-colite ulcéro-hémorragique dont le début remonte à Janvier 1957, pour s'aggraver progressivement.

Grave poussée en Avril 1957, avec 10 à 15 selles par jour, état fébrile, amaigrissement important, multiples foyers infectieux cutanés.

Malgré les traitements médicaux, aggravation progressive de l'état général. Aucune sédation des phénomènes infectieux, persistance d'une diarrhée profuse.

On décide la colectomie.

Compte rendu opératoire du 3 Juillet 1957 :

Colectomie subtotale conservant le rectum et le bas sigmoïde abouché à la peau au-dessus du pubis.

Iléostomie abdominale typique avec retournement de l'extrémité iléale et suture muco-cutanée et aponévrotique.

A l'ouverture de la pièce : la totalité du colon présente l'aspect typique des recto-colites. Bandes parallèles longitudinales où la muqueuse est entièrement abrasée, séparant des zones hypertrophiques de muqueuse pseudo-polypoïde. Valvule de Bauhin intacte. Iléon terminal paraissant absolument sain.

Suites opératoires immédiates bonnes. Reprise de poids : en deux mois, la malade récupère 15 kg. Mais l'atteinte rectale persiste, empêchant toute tentative de rétablissement.

La malade, suivie régulièrement, est réhospitalisée le 10 Février 1959, pour sténose de l'iléostomie traitée par des séances de dilatations.

Rectoscopie : montre la persistance d'ulcérations

à la partie basse du rectum, alors que la partie haute et le sigmoïde restant sont absolument sains.

Nouvelle hospitalisation le 13 Novembre 1959 pour rétablissement de la continuité. Celui-ci est envisagé bien que le rectum soit transformé en un tube rigide, épaissi, ulcéré, saignant au contact. Il paraît vraisemblable que le rectum ne s'améliorera pas davantage, et l'on se décide, quitte à être obligé de rétablir plus tard une iléostomie abdominale définitive.

Compte rendu opératoire du 16 Novembre 1959 :

Laparotomie médiane.

Aucune adhérence abdominale. Malheureusement, la malade est enceinte de quatre mois, ce qui gêne la résection du sigmoïde restant que l'on aurait voulu pousser le plus bas possible.

Le colon terminal est en très mauvais état, son calibre admet le petit doigt, mais il est extrêmement fragile. On décide cependant de faire une anastomose iléo-sigmoïdienne termino-terminale, le sigmoïde étant fendu longitudinalement pour augmenter le calibre de l'anastomose. Celle-ci est solide, mais les risques de fistule sont considérables, car les points ont été volontairement très rapprochés du côté grêle et risquent de déchirer.

Fermeture sans drainage.

Les suites opératoires immédiates sont troublées par des selles particulièrement fréquentes (15 à 20 par jour) avec incontinence anale totale, s'accompagnant d'irritation et d'ulcérations péri-anales. Néanmoins, on assiste à une lente amélioration avec diminution progressive du nombre de selles, cicatrisation des lésions cutanées.

Le 8 Novembre 1960 : 5 à 6 selles par jour.

I.R. : aucune périrectite, parois souples.

Rectoscopie : la muqueuse rectale est encore très

congestive, saignant au contact, avec présence de mucus.

Le 12 Décembre 1961, soit 2 ans après l'intervention, extraordinaire amélioration. Prise de poids de 12 kg. ; 2 selles par jour ; au toucher rectal, rectum parfaitement souple, normal, dont les parois ont récupéré leur souplesse et leur extensibilité.

Radio : Rectum normal. Anastomose normale. Pas de distension du grêle.

Rectoscopie : Muqueusè rectale normale. Zone de l'anastomose normale.

Extraordinaire amélioration de l'état général, certes, puisque Mme A... élève sans faillir ses cinq enfants, mais également guérison totale de l'atteinte rectale.

OBSERVATION VI

Y. R... (Dr. BUSSON)

Femme de 31 ans.

La malade, traitée depuis 1954 pour recto-colite, est vue pour la première fois dans le service en Août 1959.

Auparavant :

- en Août 1954 : iléostomie.
- en Novembre 1954 : dans un même temps, hémicolectomie droite et rétablissement de la continuité par iléo-transversostomie.

Mais depuis, la malade doit subir des hospitalisations répétées pour de fréquentes poussées survenant environ tous les trois mois.

A son entrée (13 Septembre 1959), malade fatiguée,

présentant une diarrhée sanglante.

Lavement baryté : Les lésions atteignent tout le colon et semblent s'arrêter à l'iléon qui est strictement normal.

Rectoscopie : Aspect typique de recto-colite en poussée subaigue.

Compte rendu opératoire du 10 Décembre 1959 :

Laparotomie médiane.

Nombreuses adhérences intra-abdominales et pariétales du grêle.

Colectomie enlevant le colon restant et laissant simplement le segment distal du sigmoïde ; la sélection du sigmoïde passe en pleine zone malade.

Anastomose termino-terminale en un plan.

Un drain abdominal.

Suites opératoires simples ; la malade quitte le service le 24 Décembre 1959. A sa sortie, elle pèse 38 kg.

Elle est suivie régulièrement et, au dernier examen, on note : 1 à 2 selles par jour ; poids = 51 kg..
Rectoscopie : rectum absolument normal.

OBSERVATION VII

R. J... (Dr. MEHAUT et Dr. BUSSON)

Femme de 37 ans.

Entre dans le service le 4 Janvier 1960, pour recto-colite découverte en Mars 1959, en province, et traitée médicalement depuis de façon régulière.

Traitement sans grand effet. La malade garde toujours de 6 à 10 selles sanglantes par jour. La der-

nière rectoscopie avant son hospitalisation montre : atteinte toujours sérieuse de la muqueuse rectale, semblant même s'organiser de plus en plus. Elle est épaissie, lardacée par places ; on voit d'ailleurs alterner des zones de purpura, d'ulcérations et de purulence.

A son entrée : état général relativement bon. Poids = 54 kg. Taux des protéides normal. Pas d'anémie.

Traitée d'abord médicalement, on n'assiste à aucune amélioration ; les selles restent nombreuses, sanglantes ; l'état rectoscopique demeure inchangé.

On décide de pratiquer une colectomie avec anastomose d'emblée.

Compte rendu opératoire du 1er Février 1960 :

Colectomie subtotale avec anastomose iléo-sigmoïdienne d'emblée.

A noter que, l'abaissement de l'angle gauche étant très facile, la voie d'abord restera uniquement sous-ombilicale ; le grêle est sain : la section portera à 8 cm. au-dessus de la valvule de Bauhin. La section colique porte en zone malade, mais moins cependant que la partie sus-jacente, à 5 cm. du Douglas.

L'anastomose est réalisée en termino-terminale en un plan. Aucune péritonisation. Un drain sous-hépatique.

Suites opératoires parfaites ; elle quitte le service le 24 Février 1960.

La malade est suivie régulièrement et, le 3 Mai 1960, on note un aspect pratiquement normal de la muqueuse rectale avec simple persistance d'une fragilité au contact. Pas de pus.

Le 6 Fév. 1961 : bon état général. Prise de poids de 8 kg. depuis le mois de Mai 1960. Mais, depuis quelques jours, à l'occasion d'un choc émotif, apparition de quelques émissions sanglantes dans les selles.

Rectoscopie : Petite poussée de rectite hémorragique. L'anastomose est parfaitement normale, ainsi que la muqueuse du grêle.

Cette rechute est traitée médicalement et l'état rectal est stationnaire jusqu'en Juillet 1961, la malade présentant de 5 à 6 selles par jour, sanglantes, glaireuses ou purulentes.

En Juillet, rechute grave avec rectorragies abondantes, amaigrissement, anémie importante, fièvre élevée. Sous traitement médical, amélioration nette, puis nouvelle rechute au bout de trois semaines, avec aggravation progressive de l'état général et de l'état local.

Rectoscopie : Béance totale du sphincter, avec larges ulcérations serpigneuses du canal anal, du bord gauche et de la face antérieure du rectum qui saigne abondamment.

Finalement, après des alternatives de rechutes et d'améliorations peu nettes, on est obligé de pratiquer, le 26 Octobre 1961, une amputation du rectum avec iléostomie abdominale définitive.

Les suites sont mauvaises : occlusion au 8^{me} jour par agglutination d'anses. Décès le 15 Novembre 1961, dans un tableau de choc irréversible.

OBSERVATION VIII

N. R... (Dr. BUSSON).

Femme de 38 ans, hospitalisée dans le service le 2 Mai 1959 pour recto-colite hémorragique et traitée depuis 1937 pour diarrhée permanente. En 1950, apparition de sang dans les selles.

A son entrée, elle pèse 55 kg., présente 6 à 7 selles par jour ; existence d'un syndrome de Koenig.

Lavement baryté : Image de recto-colite nette sur le colon gauche et le colon transverse, très discrète sur le colon droit. Rétrécissement de la fin de l'iléon, semblant indiquer une participation du grêle terminal et de la valvule de Bauhin.

Transit du grêle : Jéjunum normal. Iléon pelvien atteint en 4 h.30. Blocage dans l'iléon pelvien. Après une deuxième ingestion, l'anse préterminale apparaît dilatée de façon pathologique ; le segment terminal apparaît rigide, inextensible.

Rectoscopie : Muqueuse congestive, pleurant du sang au moindre contact, depuis le rectum jusqu'à 20cm. à l'intérieur du sigmoïde.

On décide de pratiquer une colectomie avec anastomose iléo-sigmoïdienne.

Compte rendu opératoire du 25 Mai 1959 :

Laparotomie médiane.

La fin du grêle passe sous une volumineuse bride, vraisemblablement responsable des crises douloureuses abdominales. Une fois la bride levée, le grêle apparaît sain et ne nécessitant pas de résection.

Le colon depuis l'angle droit présente une vascularisation légèrement augmentée, mais non l'épaisseur, le poids et l'oedème des colites ulcéro-hémorragiques.

Colotomie en plein sigmoïde : la paroi est épaisse, très vasculaire, et la muqueuse présente des lésions typiques de recto-colite : muqueuse granitée, saignante, mais sans ulcérations. Une colectomie, terminée par une anastomose iléo-sigmoïdienne, paraît excessive et l'on se contente de refermer la colotomie. Paroi sans drainage.

Suites opératoires : bonnes. Le syndrome de Koenig disparaît. Le nombre de selles passe de 2 à 4 et la malade quitte le service le 4 Juin 1959 en bon état.

Nouvelle hospitalisation le 20 Juin 1960, pour

hémorragies abondantes, de sang rouge, isolées ou mêlées aux selles, apparues en Décembre. A son entrée, poids = 54 kg., mauvais état général, anémie à 3.750.000.

Rectoscopie : Jusqu'à 18 cm., muqueuse à peine granitée, donnant toute possibilité à une anastomose sigmoïdienne basse.

Compte rendu opératoire du 11 Février 1960 : Colectomie subtotala avec anastomose termino-terminale iléo-sigmoïdienne. Drainage par contre-incision iliaque.

Suites simples.

Va bien depuis. Le rectum et la zone de l'anastomose sont rigoureusement normaux.

La malade est actuellement traitée pour lithiase rénale bilatérale qui existait avant la colectomie.

OBSERVATION IX

P. O... (Dr. BUSSON)

Femme âgée de 27 ans.

Elle entre dans le service le 10 Mai 1959, à la suite d'une longue histoire faite de poussées diarrhéiques ayant débuté il y a 7 ans et traitées médicalement.

Envoyée à l'Hôpital Saint-Louis pour épisode aigu avec diarrhée importante, s'accompagnant d'hémorragies abondantes, de douleurs abdominales, de pyrexie à 38-39°, d'atteinte marquée de l'état général.

Rectoscopie : note un aspect de recto-colite hémorragique en poussée.

Lavement baryté : remplissage facile de tout le cadre colique, absence d'haustrations de tout le cadre,

avec aspect grignoté des bords.

Le 2 Juin 1959, apparition d'un syndrome abdominal aigu faisant craindre une perforation due au lavement baryté, et s'accompagnant d'hémorragies rectales abondantes.

Compte rendu opératoire du 2 Juin 1959 :

On ne trouve pas de perforation, mais un colon extrêmement friable, se déchirant sous le doigt.

Colectomie avec conservation du colon ascendant qui semble sain et qui est abouché à la peau dans la fosse iliaque droite, et allant jusqu'au sigmoïde vers le bas dont on garde l'extrémité distale pour l'aboucher à la peau au-dessus du pubis.

Les suites opératoires immédiates sont bonnes et l'on assiste à l'amélioration progressive de l'état général de la malade.

Le 1er Mars 1960 : malade en bon état général.

Au toucher rectal : rectum souple.

Rectoscopie : amélioration progressive de l'état rectal, mais pas de retour à un état normal. Il reste, dans la région basse du sigmoïde, une très légère nappe de muco-pus qui disparaît après un écouvillonnage. La muqueuse est congestive dans sa totalité : par larges plages, elle pleure le sang au moindre contact. A noter une seule petite ulcération sur la paroi latérale droite du rectum.

Le 10 Mars 1960 : Après traitement médical, on note, en rectoscopie, un aspect congestif persistant. Malgré cela, on décide un rétablissement de la continuité.

Le 14 Mars 1960 : compte rendu opératoire : Rétablissement de la continuité par anastomose colo-sigmoïdienne termino-terminale, après résection de 5 cm. de colon sigmoïde et de colon droit.

Les suites opératoires immédiates sont favorables

puisque la malade part en convalescence.

Elle revient d'urgence, le 4 Avril 1960, pour hémorragies rectales importantes, nécessitant l'intervention d'urgence.

Compte rendu opératoire :

Laparotomie médiane.

Il est impossible de savoir si l'hémorragie vient du colon droit conservé et anastomosé, qui est extrêmement congestif, ou du rectum.

Après section de l'anastomose colo-rectale, on constate de petites ulcérations au niveau du rectum et l'on craint de pratiquer, après nouvelle résection colique, une anastomose iléo-rectale, car une nouvelle récurrence de l'hémorragie serait extrêmement grave étant donné l'état général de la malade.

On se résout donc à pratiquer une amputation du rectum, une résection colique droite, une iléostomie abdominale qui est pratiquée sur un grêle congestif, car on veut réduire au minimum le sacrifice du grêle.

Les suites sont bonnes ; la malade est régulièrement suivie et son iléostomie fonctionne parfaitement bien jusqu'en Avril 1961, date à laquelle apparaît une sténose qui nécessite des séances de dilatation.

Le 23 Octobre 1960 : réfection de l'iléostomie.

Elle va bien depuis.

OBSERVATION X

M. R... (Dr. BUSSON)

Garçon de 11 ans.

Le diagnostic est posé par le Dr. BUSSON, en Février 1960, qui le fait hospitaliser dans le service

après échec des divers traitements médicaux.

A son entrée, en Mai 1960 : mauvais état général, phlébite bilatérale des membres inférieurs ; selles nombreuses, jusqu'à 18 par jour, sanglantes. Anémie intense à 2.350.000. Hypoprotidémie.

Le 8 Mars 1960 : Colectomie subtotala avec iléostomie abdominale par médiane sous-ombilicale prolongée en oblique vers le rebord costal gauche. Abouchement du bas sigmoïde à la peau au-dessus du pubis, à la partie inférieure de la médiane. Iléostomie abdominale terminale dans la fosse iliaque droite.

Les suites opératoires sont bonnes et l'enfant est suivi régulièrement tous les mois. De mois en mois, on assiste à une amélioration très nette de l'état général et rectal, et, en Novembre 1960, on décide un rétablissement de la continuité, malgré la persistance de pseudo-polypes inflammatoires au niveau du rectum et du sigmoïde.

Compte rendu opératoire du 21 Novembre 1960 :

Libération et résection du sigmoïde jusqu'à 1 cm. au-dessus du Douglas. Il ne reste que le rectum ; la section passe en zone malade.

Libération de l'iléostomie et résection de 20 cm. d'iléon.

Anastomose iléo-rectale termino-terminale en un plan. Drainage par l'orifice de l'iléostomie antérieure.

Les suites opératoires sont bonnes.

Revu pour la dernière fois le 18 Septembre 1961 : Bon état général. Trois selles par jour, un peu pâteuses, pas de sang.

Rectoscopie : Muqueuse un peu congestive.

OBSERVATION XI

V. N..., jeune fille de 17 ans.

Poussée aiguë de colite ulcéreuse en Juillet 1960, suffisamment inquiétante en raison de la fièvre élevée et continue, des hémorragies rectales, de l'amaigrissement, pour que se discute l'intervention.

La poussée cède cependant sous traitement médical.

En Novembre 1960 : excellent état général. Mais l'examen radiologique ne montre aucune amélioration : colon gauche tubulé, transverse ayant perdu le liseré de sécurité. Une nouvelle poussée semble probable.

Rectoscopie : rectum sain.

Effectivement, quinze jours plus tard, nouvelle poussée.

Intervention immédiate :

Colectomie subtotale avec anastomose iléo-sigmoïdienne d'emblée, faite à 5 cm. au-dessus du cul-de-sac de Douglas.

Depuis, va parfaitement bien et, au dernier examen, on note : 3 selles par jour. Même une vie absolument normale. Reprise de poids, de l'activité. Le rectum est normal à l'endoscopie.

OBSERVATION XII

G. A..., femme âgée de 65 ans.

Colite ulcéreuse généralisée, à poussées successives évoluant depuis 15 ans.

Rectoscopie : rectum sain.

Intervention en Février 1961 : Laparotomie média-

ne. Colectomie subtotala avec anastomose iléo-sigmoïdienne termino-terminale, siégeant à 8 cm. au-dessus du Douglas, sur un colon apparemment sain. Drainage par contre-incision iliaque. Aucune péritonisation.

Suites opératoires simples jusqu'au 15me jour, puis constitution progressive d'une masse arrondie et douloureuse de l'hypochondre gauche sans signes de subocclusion.

Réintervention : Incision parallèle au rebord costal gauche. Agglutination d'anses accolées par des caillots sanguins sans aucune suppuration. Libération simple des anses et évacuation des caillots.

Suites normales.

Revue pour la dernière fois en Octobre 1961 : Excellent état général. Trois selles par jour. Rectoscopie : rectum normal.

	AGE au moment de l'anast.	DATE de l'anast.	Durée d'évolution de la R.C.H. JUSQU'À l'anastomose		Date du dernier examen	RESULTATS de l'EXAMEN				Reprise de poids depuis l'anast.	ETAT du RECTUM AVANT l'anastomose
						E.G.	Activité	Selles / 24 h	Rectoscopie		
I - T... Georges	40 1914	21-2-1957 (1-11-111)	11 ans	4 ans 1/2	1-7-61	Bon	Normale	3-4	Normale	14	Normal
II - L... Monique	23 2-9-34	14-3-1957 (1-11)	3 ans	4 ans 1/2	26-1-60	Bon	Normale	2	Normale	15	Normal
III - B... Emile	44	11-6-1959 (1)	6 mois	2 ans 1/2							Normal jusqu'à 12 ans, puis à 12 ans plus, à 14 ans
IV - G... Raymond	33 6-7-26	1-7-1959 (1-11)	1 an	2 ans 1/2	12-10-61	Bon	Normale	1-2 pâteus.	Normale	10	Muqueuse pratiquement normale
V - A... Fortunée	42	16-11-1959 (1-11)	2 ans 1/2	2 ans	11-12-61	Bon	Normale	2	Normale Anast. norm.	12	Fragilité de la muqueuse qui saigne à l'écouvillonn.
VI - Y... Rosalie	31 15-9-29	10-12-59 (1) plusieurs int. ant.	5 ans	2 ans	14-12-61	Bon	Normale	1-2	Normale	13	Recto-colite en poussée subaiguë
VII - R... Janine	37	1-2-60 (1)	1 an	20 mois							Muqueuse congestive saignant au contact ???

VIII - N... Raymonde	38	11-2-60 (1)	10 ans	20 mois	12-11-61	Bon	Normale	2	Normale	5	Jusqu'à 18 cm. muqueuse à peine granitée
IX - P... Odile	27	14-3-60 (1-11)	8 ans	20 jours							Aspect congestif persistant
X - M... Robert	11 27-8-44	21-11-60 (1-11)	9 mois	10 mois	18-9-61	Bon	Normale	3	Un peu con- gestive, saignant au contact	4	Amélioration, mais persis- tance de pseu- do-polypes sur R. et E
XI - V...	17	11-60 (1)		1 an	11-61	Bon	Normale	3	Normale	3	Normal
XII - G...	65	2-61 (1)	15 ans	8 mois	10-61	Bon	Normal	3	Normale	Station- naire	Normal

R E S U L T A T S E T A N A L Y S E

DES OBSERVATIONS PERSONNELLES

L'étude des cas personnels porte donc sur 12 anastomoses réalisées en 4 ans, de 1957 à 1961.

Sur ces 12 anastomoses, on trouve 8 femmes et 4 hommes.

Le rétablissement de la continuité a porté essentiellement sur des malades jeunes, puisque l'âge moyen au moment de la réalisation de l'anastomose est de 34 ans, les deux extrêmes étant de 11 et 65 ans.

La durée moyenne d'évolution de l'affection jusqu'à l'anastomose est 4 ans. Les deux extrêmes sont de 6 mois - il s'agissait là d'une forme aiguë gravissime - et de 15 ans.

En cas de chirurgie en deux temps, le délai moyen qui a séparé les deux interventions est 17 mois, ce qui correspond aux délais cités par les auteurs anglo-saxons. Les deux extrêmes sont de 8 mois et de 4 ans.

En ce qui concerne les modalités techniques, elles ont été déjà précisées ; mais qu'il soit dit ici que l'anastomose a toujours été termino-terminale quelle que soit l'incongruence des lumières digestives. Elle a été faite aux points séparés, au fil non résorbable, et a porté en moyenne à 4-5 cm. au-dessus du Douglas.

LES SUITES IMMEDIATES

Elles ont été en général favorables. On note cependant :

- une éviscération au 5me jour, après quoi les suites sont parfaites (Observation III).

- Dans l'observation IV, après colectomie et iléostomie, deux épisodes occlusifs nécessitant une réintervention :

- = Le premier relève de plusieurs mécanismes :

- . rétrécissement de la stomie ;

- . obstacle au niveau de l'orifice aponévrotique nettement trop étroit ;

- . une agglutination du grêle à la paroi en amont, distincte de la fixation de la dernière anse iléale au péritoine pariétal antérieur ;

- . enfin, engagement d'une anse sous le mésentère fixé à la paroi ; cette anse est dans un tel état qu'il est nécessaire de la réséquer.

- = Trois jours plus tard, on doit réintervenir pour une nouvelle occlusion par agglutination totale du grêle. On évite de libérer les anses pour éviter une nouvelle perforation, et l'on se borne à recréer une nouvelle bouche d'iléostomie.

Tout va bien par la suite.

- Chez une malade (Observation XII), les suites sont d'abord simples, puis, à partir du 15^{me} jour, se constitue progressivement une masse arrondie de l'hypochondre gauche, douloureuse, sans signes occlusifs ; la laparotomie exploratrice trouve une agglutination d'anses accolées par des caillots sanguins, sans aucune suppuration. On évacue les caillots et on libère les anses.

L'évolution se poursuit ensuite normalement.

- Enfin, après colectomie et anastomose d'emblée chez une malade à rectum hautement pathologique (Observation V), apparaît une incontinence anale totale, avec selles particulièrement fréquentes (15 à 20 par jour), liquides, verdâtres, rappelant les évacuations d'iléostomie, ce qui entraîne des lésions cutanées péri-anales très importantes avec ulcérations nécessitant des soins locaux constants. La continence réapparaît progressivement, le nombre de selles diminue et, parallèlement, l'état cutané va s'améliorer, puis guérir.

Ce sont les seules complications post-opératoires immédiates, et il est à souligner qu'il n'y a eu aucun cas de lâchage de l'anastomose avec fistule.

LES RESULTATS A DISTANCE

Globalement, sur 12 anastomoses d'emblée ou secondaires, on compte 2 échecs dont 1 décès et 10 résultats favorables.

Les échecs

= Observation VII : Colectomie subtotalaire avec anastomose d'emblée.

L'affection, découverte en Mars 1959, avait d'abord été traitée en province médicalement, puis, devant

l'échec quasi total des diverses thérapeutiques, adressée dans le service.

L'état rectal est grave à son arrivée ; le compte rendu rectoscopique note : "Atteinte sérieuse de la muqueuse rectale, semblant même s'organiser de plus en plus. Elle est épaissie, lardacée par places. On voit alterner des zones d'ulcérations, de purulence, de purpura."

Sous l'effet du traitement médical, l'état s'améliore, certes, mais ne retourne jamais à la normale.

L'état rectal s'améliora par la suite, mais la muqueuse resta fragile, saignant au contact. Une récurrence survint un an après l'anastomose, obligeant finalement, après des phases de rémission et de rechutes de type hémorragique, au sacrifice du rectum.

Donc, échec de l'anastomose chez une malade porteuse d'une recto-colite à forme essentiellement hémorragique ; la rechute, lorsqu'elle survint, fut également de type hémorragique.

= Observation IX : Là également, il s'agit d'une recto-colite de type essentiellement hémorragique, aggravant considérablement l'état général.

La récurrence après anastomose survint précocement, au 20^{me} jour, et fut de type hémorragique dans ce cas également, récurrence qui obligea à l'amputation du rectum.

Cependant, il convient de noter, dans ce cas particulier, que la colectomie laissa en place le caecum et une partie du colon ascendant ; l'anastomose réalisée fut donc colo-sigmoïdienne et non pas iléo-sigmoïdienne.

Faut-il voir là la cause de la récurrence ?

Le deuxième échec est donc aussi survenu sur une recto-colite à forme essentiellement hémorragique et la

récidive a été aussi de type hémorragique.

Les bons résultats

10 bons résultats, dont la guérison se maintient, pour certains, depuis plus de 4 ans. D'autres sont beaucoup plus récents (notamment Observations X, XI, XII), mais, au dernier examen, ils vont parfaitement bien et leur rectum est tout à fait normal.

Les 10 mènent une activité normale, ayant repris leur activité professionnelle ou, comme dans l'observation V, élevant ses cinq enfants.

La prise moyenne de poids depuis l'anastomose a été de 10 à 15 kg. en moyenne, et cela même chez des malades ayant eu une chirurgie en deux temps. En effet, chez ces malades, la colectomie avec iléostomie abdominale entraîne déjà une nette amélioration de l'état général, avec reprise de poids ; cette amélioration se poursuit après rétablissement de la continuité. C'est le cas, par exemple, de l'observation IV :

- entre le 1er et le 2me temps, séparés de 14 mois, prise de poids de 23 kg. ;

- après anastomose, augmentation supplémentaire de 10 kg. en 2 ans $\frac{1}{2}$.

La continence anale est parfaite, et ces sujets présentent de 2 à 3 selles par jour, pour certains tout à fait moulées, pour d'autres encore pâteuses. Seule, la malade de l'observation V a présenté une incontinence anale qui a progressivement régressé, pour disparaître complètement.

L'examen rectoscopique n'est pas rigoureusement normal pour l'un d'entre eux (Observation X), un jeune malade opéré récemment. La rectoscopie note une muqueuse un peu congestive, aspect qui est cependant en nette amélioration sur l'état pré-opératoire, puisqu'on notait la présence de pseudo-polypes inflammatoires au niveau du sigmoïde et du rectum.

Les autres ont un rectum normal à l'endoscopie.

Sans vouloir entrer dans la controverse, toujours d'actualité, entre colite ulcéreuse et recto-colite hémorragique, il est cependant intéressant de constater que les échecs sont survenus dans les formes d'affection avec prédominance de l'élément hémorragique, alors que les formes purement ulcéreuses ou avec prédominance de l'élément ulcéreux ont donné un résultat excellent, et cela d'autant plus que les ulcérations atteignant le colon et le sigmoïde laissent le rectum intact.

L'étude comparative de l'état rectal avant et après anastomose note que :

- Chez 5 malades, le rectum était sain avant l'anastomose (Observations I, II, IV, XI, XII). La guérison se maintient à des examens successifs. Le rectum reste rigoureusement normal.

- Chez 7, le rectum était pathologique :

1 avait une muqueuse normale jusqu'à 12 cm. ; puis, à partir de là, présence d'ulcérations. Ce malade, revu 6 mois après l'intervention, avait un rectum normal ; mais il n'a pas été revu depuis.

1 présentait une rectite en poussée subaiguë. La guérison se maintient depuis 2 ans et, à la rectoscopie, la dernière en date montre un rectum normal (Observation VI).

1 était porteur de pseudo-polypes au dernier bilan pré-opératoire ; 10 mois après, le rectum est très nettement amélioré, mais il persiste une congestion légère de la muqueuse avec saignement au contact (Observation X).

3 avaient, au bilan pré-opératoire, une muqueuse pathologique : congestive, saignant au contact, ou d'aspect granité.

C'est dans ces 3 cas que se trouvent les 2 échecs

avec récidive de type hémorragique, nécessitant une reconversion en iléostomie (Observations VII et IX).

1 seul va bien et le rectum est redevenu normal (Observation VII).

- 1 malade, enfin (Observation V), avait, avant le rétablissement de la continuité, un rectum hautement pathologique, transformé en tube épaissi, rigide, ulcéré, saignant au contact. Cet état demeurait pratiquement inchangé depuis la colectomie, c'est-à-dire depuis plus de 2 ans, et, comme il paraissait peu probable qu'une amélioration notable survienne, le rétablissement de la continuité fut décidé, la malade ayant été avertie du risque majeur, dans ce cas précis, de retour à une iléostomie, cette fois définitive.

Après des suites immédiates troublées par des selles particulièrement fréquentes, ce qui se conçoit avec un rectum ne jouant plus le rôle de réservoir souple et extensible, l'état s'améliora progressivement.

Actuellement, soit deux ans après, la malade n'a plus que deux selles par jour ; le rectum a récupéré un aspect normal en rectoscopie ; au toucher rectal, il est tout à fait souple. En bref, il remplit à nouveau, et de façon absolument parfaite, son rôle physiologique de réservoir.

Ainsi, les 5 cas avec rectum sain vont parfaitement bien et n'ont donné lieu à aucune rechute.

Les 7 cas avec rectum pathologique, même de façon discrète, ont donné un résultat favorable pour 5 malades dont le rectum est redevenu normal ou s'est très nettement amélioré ; 2 ont donné lieu à une récidive, qui a été, chaque fois, de type hémorragique, nécessitant l'amputation du rectum.

L'étude du grêle terminal

Il a été toujours trouvé sain avant l'anastomose, dans tous les cas. Dans un cas (Observation VIII), le

lavement baryté avait noté un aspect anormal de la dernière anse iléale ; cliniquement, elle présentait un syndrome de Koenig. Le transit du grêle montrait : "L'anse pré-terminale apparaît dilatée de façon pathologique ; le segment terminal apparaît rigide, inextensible".

Mais, à la laparotomie, on découvre une volumineuse bride, sous laquelle passe la fin du grêle ; après section de la bride, le grêle est parfaitement sain. Lors de la colectomie, trois mois plus tard, l'iléon terminal apparaît sain à la coupe. Le syndrome de Koenig avait d'ailleurs disparu.

Après l'anastomose, nombre d'auteurs craignent que ne se développe une iléite ascendante au niveau du grêle anastomosé. Dans 11 cas, le grêle a toujours été trouvé normal aux rectoscopies de contrôle et aux lavements barytés ; parmi ces cas, se range l'observation VII, où le grêle anastomosé fut trouvé sain lors de la reconversion en iléostomie.

Dans l'observation IX , seule , - autre échec -, lors de la reconversion en iléostomie, l'opérateur note que l'iléostomie est pratiquée sur un grêle congestif, car on veut réduire au minimum le sacrifice du grêle.

Faut-il y voir la cause de la sténose progressive de l'iléostomie, nécessitant sa réfection ultérieure ?

CONCLUSIONS

Quels sont donc, à la lumière de l'analyse des résultats personnels, les cas de recto-colite qui peuvent bénéficier d'un rétablissement de la continuité?

Après colectomie avec iléostomie abdominale, le rétablissement de la continuité est possible :

- quand le rectum a toujours été normal même avant la colectomie initiale ; cependant, à la lumière de l'évolution survenue dans la conduite thérapeutique, ces cas-là semblent plutôt justiciables d'une anastomose d'emblée, à la condition que l'état général du malade le permette.

- quand le rectum, de pathologique est redevenu normal après colectomie, ne donne issue à aucun écoulement purulent ou sanglant, que sa muqueuse est rose, ni granitée ni congestive, ne saigne pas au contact ; en bref, ne présente aucune altération. (Les deux échecs sont survenus sur une muqueuse saignant au contact).

Peut-on pousser plus loin les indications ? C'est ce qui fut fait dans trois cas.

- Dans un cas, la main forcée (Observation IV), sur un rectum de calibre fort réduit et à muqueuse granitée et rouge. Or, les suites opératoires ont été fort simples et le malade, revu en Octobre 1961, soit 2 ans plus tard, présente une à deux selles pâteuses par jour, un rectum rigoureusement normal ; il accuse un gain de poids de 10 kg. depuis l'intervention.

- Dans le deuxième cas (Observation V), c'est de façon délibérée que, deux ans et demi après la colectomie et devant l'absence d'amélioration de l'état rectal, malgré les traitements médicaux sérieux et prolongés, que fut décidé le rétablissement. Il est certain que de nombreux auteurs se seraient résolus à une amputation du rectum. Néanmoins, c'est à une anastomose que l'on se décida, la malade d'ôment avertie qu'en cas d'échec le dernier recours resterait à l'iléostomie abdominale définitive après amputation du rectum. L'incontinence anale totale du début, avec 15 à 20 selles liquides, a progressivement disparu. Elle va bien depuis et son rectum est redevenu rigoureusement normal.

- La troisième observation représente un échec indiscutable (Observation IX) puisque, un mois après l'anastomose, la reprise dramatique des hémorragies obligea au sacrifice du rectum. Mais, dans ce cas, la question peut se poser de ce qu'il serait advenu si le caecum et le colon ascendant avaient été enlevés lors de la colectomie. Faut-il voir là la cause de la rechute ?

Il est évidemment difficile de faire d'une telle attitude une attitude de principe ; néanmoins, il est peut-être possible de continuer dans cette voie, à la condition que le rectum ne présente ni sténose extrinsèque fibreuse, ni suppuration, ni fistule périnéale, à la condition que l'état initial soit resté stationnaire et ne soit pas allé en s'aggravant après colectomie et sous traitement médical. Une telle attitude peut paraître d'autant plus acceptable que le malade, d'ôment prévenu du risque encouru et porteur d'une iléostomie dont il subit chaque jour les inconvénients, réclame expressément le retour à un transit normal.

La chirurgie conservatrice de recto-colite peut-elle utiliser les principes de la chirurgie colique moderne qui tend à tout faire en un temps ?

A comparer les observations, on s'aperçoit que telle a été l'évolution suivie ; c'est une évolution analogue qu'a suivie CORBETT, passant d'un fractionne-

ment des temps, comme le conseillait DEVINE, à une chirurgie en un temps pour ses cas les plus récents. Sur 30 iléo-proctostomies, Ch. MAYO et W. BRODERS ont ainsi réalisé 16 fois une colectomie totale avec anastomose d'emblée. AYLETT réserve l'anastomose à un deuxième temps aux cas gravissimes (fulminating colitis).

Une telle attitude semble applicable aux cas où le rectum est absolument normal. Elle semble également possible dans les formes subaiguës ou chroniques à poussées successives de la maladie, à lésions rectales superficielles.

Cependant, sur 6 cas personnels, on enregistre un échec qui est survenu chez une malade dont le rectum n'était pas normal lors de l'intervention et qui a abouti finalement au décès (Observation VII).

Les 12 cas rapportés représentent une courte série ; certains sont trop récents pour pouvoir affirmer la guérison définitive - encore qu'ils aillent fort bien pour l'instant - ; pour d'autres, la guérison se maintient depuis quatre ans et plus. On peut donc dire que le rétablissement de la continuité après colectomie est possible et souhaitable, dans un certain nombre de cas sélectionnés avec soin.

Le cas le plus favorable, sans aucun doute, est la colite ulcéreuse avec rectum sain (dont certains auteurs voudraient faire une affection autonome, indépendante de la recto-colite hémorragique), et cette forme représenterait l'indication idéale de la colectomie avec anastomose d'emblée.

Les formes avec prédominance de l'élément hémorragique, qui s'accompagnent plus volontiers d'atteinte rectale, doivent inciter à plus de prudence ; néanmoins, l'anastomose peut être envisagée à la condition que le rectum ne présente qu'une atteinte minime, de type purement inflammatoire, et en tout cas capable de régresser. Ceci élimine les cas où l'atteinte rectale organisée a transformé le rectum en un tube fibreux, rigide et inex-

tensible, où existe une sténose ou bien une fistule à l'anus ou dans un organe voisin : vagin, vessie. L'évolution heureuse du cas V doit, malgré tout, inciter à la plus grande prudence devant de telles lésions rectales.

Pour les cas où le rectum n'est pas rigoureusement sain, il est préférable de le mettre au repos pendant un certain laps de temps, de l'ordre d'un an ou plus, et de remettre ainsi l'anastomose à une date ultérieure.

La colectomie, dans les formes chirurgicales de la recto-colite hémorragique, est maintenant admise par un grand nombre d'auteurs dans le traitement de l'affection ; par contre, la proctectomie ne doit être envisagée que la main forcée et comme ultime recours, lorsque la gravité de l'atteinte rectale met en danger la vie du malade. La conduite à tenir vis-à-vis du rectum doit toujours être considérée dans l'optique d'un rétablissement éventuel de la continuité.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur
de l'Académie de Paris,

J. ROCHE

Le Doyen de la Faculté
de Médecine,

L. BINET

Le Président
de la thèse,

J. GOSSET

B I B L I O G R A P H I E

- ANDERSON - Colectomie et anastomose iléo-rectale pour colite ulcéreuse.- The New Australian and New Zealand Journal of Surgery, V. 30, N° 2, Novembre 1960, p. 107-116.
- AYLETT - Chirurgie conservatrice dans le traitement de la colite ulcéreuse.- British Medical Journal, Décembre 1953.
- Colectomie totale et anastomose iléo-rectale dans la recto-colite hémorragique.- British Medical Journal, N° 5017, Mars 1957.
 - Colectomie totale et anastomose iléo-rectale, traitement de choix de la colite ulcéreuse.- Acta Chirurgica Belgica, Septembre 1959.
- BACON - Colite ulcéreuse.- Lippincott, éditeurs ; Philadelphie, 1958.
- BACON et TRIMPI - Le choix d'un traitement pour les malades souffrant de colite ulcéreuse rebelle au traitement médical.- Surgery, Gynecology, Obstetric, Octobre 1950, V. 91, N° 4, p. 409-420.
- BROOKE - Colite ulcéreuse et son traitement chirurgical.- Livingstone, Editeur ; Londres, 1954.
- Résultats de la chirurgie de la colite ulcéreuse.- Lancet, Septembre 1956, p. 532-536.

- CHARRIER, RACHET, BUSSON - Colo-sigmoïdectomie pour recto-colite hémorragique.- Archives des Maladies de l'Appareil digestif, T. 39, N° 3, p.395.
- CORBETT - Progrès récents dans le traitement chirurgical de la colite ulcéreuse.- Annals of the Royal College of Surgeons of England, V. 10, N° 1, Janvier 1952, p. 21.
- Anastomose iléo-rectale dans le traitement de la colite ulcéreuse.- The American Journal of Surgery, Novembre 1958, V. 96, N° 5.
- DELANNOY et MARTINOT - Traitement chirurgical de la recto-colite hémorragique.- Masson, Editeurs, Paris, 1957.
- DEVINE - La colectomie dans la colite ulcéreuse.- British Medical Journal, Juillet 1948, N° 4.567, p. 127-131.
- DENIS et KARLSON - Méthodes chirurgicales utilisées dans le traitement de la colite ulcéreuse.- Surgery, Novembre 1952, V. 32, N° 5, p. 892.
- GARLOCK et LYONS - Le rôle de la chirurgie dans le traitement de la colite ulcéreuse.- Gastro-entérology, V. 26, N° 5, p. 709-722.
- GERTZ - Colectomie totale et anastomose iléo-anale dans le traitement de la colite ulcéreuse chez l'enfant.- Archives of Diseases of Children, Février 1960, V. 35, N° 179, p. 90-91.
- GOLICHER - Traitement chirurgical de la colite ulcéreuse.- Acta Chirurgica Belgica, Septembre 1959, N° 6.
- HUMMEL - La mise hors circuit du gros intestin dans la colite ulcéreuse avec prise en considération

particulière de l'iléo-sigmoïdostomie pelvienne.- Chirurg., Av. 1950, 21, N° 4, p. 232-237.

KIRSNER - Traitement médical de la colite ulcéreuse.- The Journal of the American Medical Association, V. 169, N° 5, Janvier 1959, p. 433-442.

LEROY, STAHLGREEN et FERGUSON - L'iléostomie est-elle toujours nécessaire dans le traitement de la colite ulcéreuse segmentaire.- Surgery, V. 46, N° 5, Novembre 1959, p. 847.

LOYGUE et LEVY - Les indications du traitement chirurgical de la recto-colite hémorragique.- Acta Chirurgica Belgica, Septembre 1959, N° 6.

MAYO et BRODERS - Les résultats de la colectomie totale avec iléo-proctostomie dans le traitement de la colite ulcéreuse.- Surgery, Gynecology, Obstetric, V. 104, N° 2, Février 1957.

MAYO, FLY et CONNELLY - Le sort du segment rectal restant après colectomie dans la recto-colite hémorragique.- Annals of Surgery, Octobre 1956, p. 753-757.

MIALARET - Maroc Médical, Septembre 1960.

MIALARET et BUSSON - La recto-colite hémorragique. Aspect thérapeutique actuel.- Concours Médical, N° 20, 80me Année.

- Recto-colite muco-hémorragique.- Actualités Médico-chirurgicales, 1958.

- A propos du rétablissement de la continuité après colectomie subtotalité pour recto-colite ulcéreuse ou hémorragique.- Mémoires de l'Académie de Chirurgie, T. 86, N° 10-11.

TURNBULL - Traitement chirurgical de la colite ulcéreuse.- The Journal of the American Medical Association, Mars 1959, V. 169, N° 10, p.1025-1027.

UNGLEY - Colite ulcéreuse traitée par colectomie totale et anastomose iléo-rectale.- Proceedings of the Royal Society of Medicine, V. 52, N° 12, Décembre 1959.

Discussion sur la chirurgie de la colite ulcéreuse -
Proceedings of the Royal Society of Medicine,
Décembre 1953, V. 46, N° 12, p. 1021-1026,
avec les exposés de :

- CATTELL
 - GOLIGHER
 - CORBETT
 - AYLETT
 - BROOKE.
-

